303

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 juillet 1892, à 1 heure

Par Mlle DE FORIN

Née à Kieff (Russie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Président : M. A. TARNIER, *professeur.*

Juges : MM. PANAS, *professeur.* BAR, BRUN, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

303

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 juillet 1892, à 1 heure

Par Mlle DE FORIN

Née à Kieff (Russie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Président : M. A. TARNIER, *professeur.*

Juges : MM. { PANAS, *professeur.* BAR, BRUN, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	N.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfant	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques	RICARD
BRISSAUD	HANOT	POUCHET	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	QUINQUAUD	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	RETTERER	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	REYNIER	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE		WEISS
	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÈMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIES ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

Membre de l'Académie de Médecine de la Société de Chirurgie, de la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle, Membre honoraire de la Société Médicale de Londres et de la Société de Gynécologie d'Amérique.

Commandeur de la Légion d'Honneur

A TOUS MES MAITRES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA

normalement inséré

INTRODUCTION.

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré est un accident de la grossesse, qui a pour conséquence un écoulement de sang plus ou moins abondant. Tantôt le sang reste accumulé entre les parois de l'œuf et celles de l'utérus. On dit alors qu'il y a *hémorrhagie interne* de l'utérus gravide.

Tantôt le sang décolle les membranes, arrive à l'orifice cervical et s'écoule au dehors ; *l'hémorrhagie* est dite alors *mixte*.

Pour désigner ces pertes, les auteurs français ont employé jusqu'ici le terme générique *d'hémorrhagie interne* ; ce n'est que tout récemment que l'on a cru adopter le terme plus précis *d'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta normalement inséré*. Dans ce travail nous emploierons indistinctement, tantôt l'une de ces appellations, tantôt l'autre.

L'accident se produit, ou bien lorsque le fœtus n'est

pas encore viable et il rentre alors dans l'étude de l'avortement, c'est-à-dire d'un sujet qui ne rentre pas dans le cadre de la question que nous nous sommes proposé d'étudier, ou bien l'hémorrhagie a lieu pendant les trois derniers mois de la gestation. Dans ce cas, elle se présente dans des conditions toutes spéciales. Et c'est en l'envisageant pendant ces trois derniers mois que nous nous proposons de l'étudier dans notre thèse inaugurale.

La symptomatologie et le diagnostic de cet accident sont bien connus, aussi ne ferons-nous que les rappeler sommairement. La thérapeutique, au contraire, est encore très discutée, et la conduite à tenir, en pareil cas, est loin d'être fixée aujourd'hui.

Nous n'avons certes pas la prétention de trancher définitivement cette question difficile, mais ayant rassemblé un nombre d'observations assez considérable, puisqu'il s'élève à 110, nous avons pensé que l'on pourrait tirer un parti utile de ces matériaux nombreux.

Un point important est de savoir, si l'on doit pratiquer la rupture prématurée des membranes ou s'en abstenir. Nous avons essayé par l'analyse de nos documents, d'élucider cette partie du traitement, et d'indiquer la conduite à tenir.

Nos matériaux sont nombreux et nous regrettons vivement de n'avoir pas eu assez de temps pour en tirer tout le parti que nous aurions voulu.

On nous pardonnera, nous l'espérons, si l'on veut bien considérer la somme de travail que nous avons dû fournir pour rassembler ces matériaux, dont beaucoup ont été recueillis dans des publications étrangères.

Pour la plus grande facilité de l'étude, nous avons résumé nos 110 observations sous forme de tableaux, que l'on trouvera à la fin de ce travail.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons fermement à remplir un devoir qui nous est cher.

Nous avons rencontré à la Faculté de Paris et dans les hôpitaux, des maîtres éminents, dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie.

Qu'ils acceptent l'expression de notre vive gratitude, et qu'ils nous permettent d'inscrire ici leurs noms.

M. le professeur Tarnier, nous a fait dans sa clinique un accueil dont nous garderons profondément le souvenir. C'est à son enseignement si savant que nous devons nos connaissances en matière d'obstétrique ; il nous a inspiré cette thèse, dont il nous fait encore le grand honneur de vouloir bien accepter la présidence ; qu'il daigne agréer l'expression de notre vive gratitude.

Le très regretté professeur Damaschino avait bien voulu nous initier à l'étude des maladies du système nerveux ; nous garderons toujours à sa mémoire un pieux souvenir.

Un mot de reconnaissance à la mémoire d'un autre de nos maîtres, le très regretté professeur Trélat, auprès duquel nous avons puisé les connaissances chirurgicales nécessaires à notre art.

Nous adressons l'expression de notre vive gratitude à M. le Dr Legroux pour l'aménité de son accueil, et l'empressement qu'il a mis à nous faire profiter de son savant enseignement pour nous initier à l'étude de la pathologie interne.

A l'enseignement de M. le Dr de Saint-Germain nous nous sommes familiarisée avec la pathologie infantile ; qu'il accepte nos sincères remerciements.

Nous adressons aussi nos remerciements à nos autres maîtres dans les hôpitaux, ou à l'Ecole pratique d'anatomie, MM. Barette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Caen, Picqué, chirurgien des hôpitaux, notre premier maître en gynécologie, et Potherat, chirurgien des hôpitaux, dont nous avons été l'élève à l'hôpital et au pavillon d'anatomie, et à qui nous exprimons nos remerciements les plus sincères, Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, Tissier, chef de clinique obstétricale à la faculté.

Que M. le Dr Budin qui nous a fourni trois observations inédites, et du plus haut intérêt, et qui a bien voulu nous accueillir avec une grande bienveillance, veuille bien agréer nos remerciements tout particuliers.

HISTORIQUE

L'histoire des hémorrhagies internes utérines remonte au XVIIe siècle.

Guillemeau (1621) parle le premier de « pertes cachées » de l'utérus, survenant après la délivrance, et dans les cas de rupture de la matrice. Plus tard, Primerose, Paul Portal, Peu, s'occupent tour à tour des hémorrhagies internes survenant pendant la grossesse, ou après la délivrance. Vers la fin du XVIIe siècle, Mauriceau publiait des observations sur la grossesse et les accouchements; on y trouve plusieurs exemples de pertes internes, observées pendant la grossesse. Levret, Leroux, Puzos, de Saint-Armand, nous lèguent des travaux sur ce même sujet.

Mais c'est à Baudelocque aîné que revient l'honneur d'avoir mis en évidence la possibilité d'hémorrhagie interne grave pendant la grossesse. En 1797-98, il a fait paraître dans le « *Recueil périodique de la société de médecine de Paris* », un « mémoire sur les hémorrhagies utérines cachées, sans écoulement de sang au dehors pendant le travail de l'enfantement ». Ce mémoire, qui renferme plusieurs observations très détaillées et très intéressantes, a servi de base à toutes les communications ultérieures.

Malgré l'évidence des faits cités par Baudelocque, plusieurs auteurs, notamment Mme Boivin et Mme Lachapelle, ont nié la gravité, et même la possibilité de ce genre de pertes.

En 1818, la mort de la princesse Charlotte de Galles attira de nouveau l'attention du corps médical sur les pertes cachées utérines.

Un prix fut institué par l'Académie de médecine pour le meilleur travail sur ce sujet, et quelques années plus tard Baudelocque neveu remporta ce prix.

Dans son traité « *Des hémorrhagies internes de l'utérus* », il rapporte de nombreuses observations, accompagnées de remarques fort judicieuses et savantes. Parmi des cas nombreux, de Balme, de Baudelocque aîné, de Chevalier et de Deneux, il cite le cas classique de Delaforterie, qui, en pratiquant l'opération césarienne sur une femme morte au huitième mois de sa grossesse, a trouvé le placenta entièrement décollé, sauf sur les bords, qui étaient restés adhérents. Entre le placenta et la matrice, dont les parois étaient intactes, il y avait une grande cavité, remplie de sang noir (3 chopines environ). Pas de sang dans le vagin. Le col peu dilaté.

En 1835, Cazeaux fait paraître sa thèse inaugurale, dont une large part est consacrée à l'étude des hémorrhagies internes. Puis, nous trouvons des observations éparses dans la littérature française et anglaise, mais ce n'est qu'en 1860 que Braxton Hicks réunit 23 cas, qu'il a publiés dans le « *Transactions of the obstetrical Society of London.* »

En 1869, Gooddell fait un travail d'ensemble, avec 106 observations, dont il fait l'étude approfondie. Son excellent mémoire a conservé jusqu'à nos jours toute sa valeur.

En 1879, le Dr Pilat publie quelques observations, Brunton, en 1875 en réunit 9.

Depuis Gooddell l'attention des médecins était attirée sur les hémorrhagies internes, et les cas publiés en Amérique et en Angleterre devenaient plus fréquents. Nous n'en citons que quelques-uns : ceux de Horne, de William Wey, de Jaggard, de Kortright, de Barnes. Enfin, Coë, en 1891, dans un mémoire intitulé « *Hémorrhagies accidentelles pendant le premier stade du travail,* » traite d'une façon magistrale la question des hémorrhagies internes.

Dans la littérature allemande, nous trouvons les cas publiés par Habit, Winter, Freudenberg.

En Suisse, Meyer (1891) publie 4 observations sur ce sujet.

Nous ne possédons qu'une seule observation russe (Matzokin, 1891).

En France, les hémorhagies internes ont été étudiées par M. le professeur Tarnier, dans ses leçons professées à la Faculté (1887) et à la Clinique (1890). Puis par M. le Dr Budin, qui publia ses leçons cliniques en 1888.

La même année parut la thèse du Dr Moreau, inspirée par M. le Dr Maygrier.

En 1891, Mme Henry publia dans les *Annales de Gynécologie et d'obstétrique* le résultat de 27 cas observés à la Maternité.

M. le professeur Pinard et M. le Dr Varnier viennent

de faire paraître un atlas, où figure une très belle coupe sur ce sujet.

Enfin la thèse du Dr Dumarcet (1892) finit cette longue énumération.

PATHOGÉNIE. — ÉTIOLOGIE

La surface interne de l'utérus gravide est le point de départ d'hémorrhagies dans des conditions très différentes.

Dans quelques cas, rares il est vrai, une déchirure se produit, intéressant les sinus les plus internes de la paroi. C'est ce que l'on désigne sous le nom de rupture incomplète interne.

Cette lésion, sur laquelle M. le Dr Maygrier a récemment encore attiré l'attention à la Société obstétricale de France, dans un travail sur les *Ruptures incomplètes de l'utérus, considérées en général,* se produit soit dans les derniers temps de la grossesse, consécutivement à un traumatisme, soit pendant le travail, à la suite d'une solution de continuité, qui part du col et qui remonte sur le segment inférieur. Ce sont là des particularités très spéciales sur lesquelles nous n'insisterons pas autrement.

Les pertes que nous voulons étudier, proviennent de la surface d'insertion placentaire ; elles sont dues par conséquent à un décollement plus ou moins étendu des cotylédons.

Nous n'ignorons pas qu'il existe des hémorrhagies, ayant leur source dans le placenta, sans pourtant que celui-ci soit décollé. Il y a alors ouverture en un point du grand sinus circulaire, et issue par là d'une quan-

tité de sang parfois très grande, qui soulève les membranes, s'accumule entre elles et la paroi utérine, ou s'écoule au dehors.

C'est surtout dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, variété marginale ou latérale, que ces phénomènes s'observent. Matthews Duncan a bien insisté sur ce point, en cherchant les causes de l'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse.

Ce ne sont pas encore ces sortes de pertes qui nous arrêteront plus particulièrement. Celles que nous voulons étudier se produisent entre le placenta et la paroi utérine.

Le décollement placentaire est donc la donnée pathogénique principale de ces écoulements sanguins.

Mais comment se produit-il ?

Pour l'expliquer, il faut considérer certaines conditions anatomiques et physiologiques d'une part, et d'autre part des causes d'ordre purement pathologique.

1° *Conditions anatomo-physiologiques.*

Sans nous y attarder longuement nous citerons : la vascularisation intense des parois utérines en général, et en particulier de la région qui répond au placenta.

En second lieu, la friabilité normale des adhérences qui réunissent les cotylédons à la surface interne de l'utérus dans les derniers temps de la grossesse.

On sait, depuis les recherches classiques de Charles Robin, que le maximum des adhérences du placenta à l'utérus a lieu vers le quatrième mois de la grossesse. A

partir de ce moment elles vont diminuer progressivement, de telle sorte qu'à terme, après la naissance de l'enfant, la seule rétraction de la paroi utérine suffit en général pour que le délivre se détache. On conçoit que ces conditions puissent favoriser l'accident qui nous occupe, lorsque, en même temps qu'elles, existent d'autres causes que nous allons examiner maintenant.

2° *Causes d'ordre clinique et pathologique.*

Parmi ces causes, il en est qui sont encore mal déterminées.

Celles qui sont connues peuvent être divisées en causes *générales* ou *prédisposantes*, et causes *occasionnelles.*

Avant de les étudier en détail il nous paraît utile, pour la clarté de l'exposition, d'en énumérer brièvement les principales.

Causes prédisposantes.

Les causes prédisposantes, les plus actives, seront toutes celles qui favoriseront la production d'hémorrhagies, du fait des modifications de l'organisme en général, et du sang en particulier. L'état pathologique le plus important à cet égard, est l'*albuminurie.* La cause occasionnelle efficace entre toutes, est le traumatisme à tous ses degrés. Etudions maintenant toutes ces causes en particulier.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître comme cause prédisposante la multiparité. Sur nos 110 cas on note 70 multipares, 28 primipares, dans 12 cas le nombre de grossesses n'est pas indiqué. Freudenberg explique ce fait de la manière suivante :

Pendant la grossesse, l'œuf normal remplit entièrement la cavité de la matrice, dont les parois sont distendues uniformément. Entre l'œuf et les parois utérines le vide n'existe pas et leurs pressions réciproques se font équilibre.

Il s'ensuit que pendant la grossesse, un traumatisme extérieur ne provoque pas infailliblement une hémorrhagie interne ; il la rend seulement possible. Cette hémorrhagie se produira dans les cas où la pression du sang, qui tend à s'échapper des vaisseaux déchirés, dépassera la pression intra-utérine ; au contraire, si la pression intra-utérine fait équilibre à celle du sang, il n'y aura pas d'hémorrhagie, malgré la rupture des vaisseaux utéro-placentaires, ou du moins cette hémorrhagie sera insignifiante. Par conséquent, l'hémorrhagie interne dépendra, non seulement de la violence extérieure, mais aussi du nombre des vaisseaux déchirés et de la force de résistance des parois utérines. Ainsi, le même traumatisme, survenant chez une femme, dont les parois utérines sont faibles et se laissent facilement distendre, provoquera une hémorrhagie considérable, tandis que chez une autre, dont l'utérus est ferme et s'applique fortement sur l'œuf, l'hémorrhagie fera défaut, ou sera insignifiante et passera inaperçue.

Plus la surface décollée est étendue et la faiblesse des parois utérines grande, plus est grande la tendance du sang à s'épancher entre le placenta et les membranes d'une part et la matrice de l'autre. Or, l'étendue de décollement dépend essentiellement de la cause qui le provoque ; d'autre part, le rôle que jouent les parois utérines

dans ce décollement dépend de leur état de tonicité ou de relâchement.

De ce qui précède, on peut conclure que les multipares sont plus prédisposées aux hémorrhagies internes que les primipares.

A côté de la multiparité il y a des causes pathologiques, qui agissent suivant un mécanisme analogue : ce sont celles qui tendent à relâcher les tissus. L'hémorrhagie interne peut, en effet, se rencontrer chez les femmes dont les tissus sont mal nourris, atones, avec tendance à l'atrophie et à la dégénérescence.

Nous avons déjà indiqué l'albuminurie, comme une cause puissante de décollement placentaire. Si nous examinons les observations qui sont consignées à la fin de notre travail, nous trouvons, dans la littérature étrangère, un très petit nombre de cas où l'albuminurie est signalée. Ce petit nombre pourrait sembler contraire à l'idée que nous développons, mais nous ferons remarquer qu'à côté de celles-là il existe une série d'observations, dans lesquelles l'examen des urines n'est pas noté, et cependant on y a trouvé des signes évidents de néphrite (œdèmes, épistaxis, dyspnée, etc.). Mais, les observations plus récentes que nous avons recueillies dans le travail de Mme Henry, dans la thèse de M. Moreau, dans la thèse de M. Dumarcet, montrent la relation étroite qui existe entre l'albuminurie et les hémorrhagies internes.

Du reste, cette idée n'est pas nouvelle, et la thèse de Blot, datant de 1849, avait déjà attiré l'attention sur ce point. En effet, sur 41 femmes albuminuriques il a noté 12 fois des hémorrhagies.

Depuis, la plupart des auteurs ont accepté cette cause et lui ont donné toute la valeur clinique qu'elle méritait (Tarnier, Pinard, Maygrier, Budin, Winter, Mme Henry, etc.).

A côté de l'albuminurie il y a d'autres maladies qui prédisposent aux hémorrhagies en général, et qui ont pu s'accompagner de décollements placentaires, avec écoulement sanguin consécutif. Telles sont : la *variole* (Barnes), le choléra (Slaviansky), la *leucocythémie* (Paterson. *Edin. Med. J.*, 1870), l'*hœmophilie*, *l'atrophie aiguë du foie* (Barnes). Celle-ci agit par la gêne qu'elle apporte au retour du sang et l'hyperhémie consécutive qu'elle détermine dans le système veineux utérin. Enfin, on a encore cité comme causes possible de ces pertes internes, la *tuberculose*, la *maladie de Basedow* (Häberlin, Benicke), l'*anémie*, la *malaria*, la *syphilis* (Kortright, *Brit. Med. J.*, 1890), l'*endométrite* (Bar) ; toutes ces maladies pouvant amener une dégénérescence placentaire.

Or, on conçoit, qu'un placenta malade, en voie de dégénérescence fibro-graisseuse, amyloïde, ou kystique, se détache plus facilement qu'un placenta sain. Sa consistance n'est plus homogène : il devient dur, résistant par places, ne peut plus suivre les mouvements d'extension et de contraction de l'utérus, et se détache d'autant plus facilement que les vaisseaux utéro-placentaires eux-mêmes sont souvent atteints par la dégénérescence athéromateuse (Schauta).

Les noyaux d'apoplexie, et, d'une façon générale, les hémorrhagies, qui se font dans le tissu placentaire, agissent de la même manière, mais, fait intéressant, sur lequel nous tenons à appeler l'attention, ces hémorrha-

gies sont dues pour la plupart à l'albuminurie. Il se fait alors un épanchement, qui, lorsqu'il arrive à la surface extérieure du cotylédon, produit d'abord un petit décollement et en second lieu excite par sa présence la contraction utérine, qui à son tour amène un décollement plus étendu, et ainsi de suite.

La mort du fœtus peut favoriser aussi le détachement du placenta en amenant des modifications du côté du placenta et de l'utérus, et en excitant les contractions de ce dernier (Barnes).

Enfin, la distension utérine causée, soit par l'hydramnios, soit par la grossesse gémellaire, s'accompagne quelquefois de décollement prématuré du placenta. Il est possible que l'accident se produise par le fait seul de la distension, mais il faut penser aussi que l'augmentation exagérée du volume de l'utérus détermine souvent de l'albuminurie, dont nous avons déjà signalé l'importance à différentes reprises.

Mais, heureusement, ces causes prédisposantes ne déterminent pas toujours par elles-mêmes le décollement. En effet, nous voyons tous les jours nombre de multipares, qui, bien qu'albuminuriques, ou présentant quelques lésions placentaires, mènent leur grossesse à bonne fin sans le moindre accident.

Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont quelquefois minimes. Parmi elles on peut citer un simple *effort*, tel que le vomissement, la toux, la défécation, un *faux pas*, une *pro-*

menade trop prolongée, une *émotion vive* (violente colère, peur, etc.). Mais en général, on relève dans les observations, des traumatismes plus prononcés, tels qu'une chute, un coup sur le ventre, le soulèvement d'un lourd fardeau.

On a incriminé aussi les rapports sexuels, dans des cas nombreux où l'hémorrhagie est survenue la nuit, sans raison connue. Ces différentes causes agissent ou bien indirectement, en provoquant une brusque modification de la pression sanguine, une paralysie des vaso-moteurs, ou surtout une contraction énergique des fibres utérines ; ou bien le traumatisme agit directement, comme dans une de nos observations (90), où une ecchymose existait sur la paroi abdominale, une autre de même dimension intéressait la paroi utérine, et le décollement placentaire correspondait à ce même point de la paroi, et offrait les mêmes dimensions.

Pour nous résumer, le décollement du placenta dans le dernier temps de la grossesse se produit tantôt sous l'influence d'une cause générale, tantôt avec l'adjonction d'une cause efficiente, telle que le traumatisme. Pendant le travail il y a une variété de traumatisme qui peut détacher le placenta avant la naissance de l'enfant. En effet, la brièveté du cordon ombilical, relative ou absolue, a pour conséquence de déterminer des tiraillements sur le gâteau placentaire et d'entraîner son décollement. Plusieurs de nos observations semblent fournir un appui à cette manière de voir.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le placenta offre un aspect caractéristique:

Dans toute l'étendue du décollement, il est recouvert de caillots noirâtres et mous, ou fibrineux et durs, adhérents au parenchyme placentaire, qu'ils ont déprimé plus ou moins, suivant l'ancienneté et l'intensité de l'hémorrhagie.

Si l'hémorrhagie est ancienne, le tissu placentaire est comprimé, affaissé et converti en un tissu dense, jaunâtre, d'aspect fibreux.

D'autres fois, surtout dans les hémorrhagies récentes, il est friable, œdématié ou ramolli.

Enfin, le fond de ces dépressions, surtout dans les cas de foyers hémorrhagiques multiples, anciens, est parfois transformé en un tissu dur, cartilagineux, ou même de consistance calcaire.

La multiplicité des foyers hémorrhagiques interstitiels que l'on rencontre chez les albuminuriques peut donner au placenta l'aspect d'un tissu caverneux, quand on l'examine sur une coupe. Les orifices de communication de ces foyers profonds avec la surface, sont généralement cratériformes, comme taillés à l'emporte-pièce. Souvent le niveau est établi avec la surface du placenta par une nappe de sang coagulé.

Le tissu qui entoure immédiatement le foyer hémorrha-

gique est plus ou moins congestionné. Cette zone se continue insensiblement en dehors avec le tissu sain.

Parfois la surface tout entière du placenta est parsemée de zones jaunâtres, résistantes et fermes à la coupe, et dues à une transformation fibro-graisseuse du parenchyme.

Suivant que l'hémorrhagie est restée purement interne ou s'est compliquée d'hémorrhagie externe, on trouvera ces lésions diverses plus ou moins éloignées de la circonférence du placenta, ou se continuant jusqu'à l'extrême limite de celui-ci. Mais le décollement peut commencer à la périphérie pour s'étendre vers le centre, sans que l'hémorrhagie devienne externe; on trouve dans ce cas de décollement marginal la dépression caractéristique tout près de la circonférence.

L'étude microscopique des lésions du placenta dans les cas d'hémorrhagie interne n'a pas encore été faite d'une façon suffisante pour éclaircir complètement la pathogénie de ces décollements.

SYMPTOMES

L'aspect clinique des hémorrhagies, dues au décollement du placenta normalement inséré, varie considérablement suivant la quantité de sang épanché.

Ou bien il s'agit d'un simple malaise, qui passe inaperçu et on n'en fait le diagnostic qu'au moment de la délivrance, ou bien au contraire, la situation devient rapidement grave et dans certains cas en quelques heures, voire même en quelques instants, la femme succombe.

Entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires sont possibles, constituant une série de tableaux cliniques différents les uns des autres.

Choisissons un cas type, qui nous permettra d'énumérer les grands symptômes, puis nous prendrons chacun d'eux en détails.

Une femme arrivée au dernier trimestre de sa grossesse, et dans des conditions qui favorisent l'accident, subit un traumatisme quelconque. Elle ressent dans le ventre une douleur sourde et profonde, douleur qui va bientôt augmenter beaucoup et parfois devenir extrêmement aiguë. Puis le ventre augmente rapidement de volume, en même temps apparaît un malaise général plus ou moins prononcé, avec sensation de faiblesse et tendance à la lipothymie ou à la syncope.

En un mot un hématome se produit dans l'utérus entre la face interne et le placenta. Si l'épanchement sanguin est considérable, il s'accompagne de tous les signes de l'anémie aiguë.

Consécutivement au décollement placentaire la circulation fœtale est considérablement modifiée et le fœtus succombe si le décollement est vaste.

L'hémorrhagie reste interne, ou bien, un certain temps après sa production, on voit s'écouler par les organes génitaux externes un liquide roussâtre, constitué par le sérum qui s'est séparé des caillots accumulés derrière le placenta. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie devient bientôt externe, le sang ayant fusé entre les membranes et les parois utérines jusqu'à l'orifice du col.

Revenons sur ces différents symptômes.

La douleur du début, celle qui accompagne le décollement du placenta, est tantôt aiguë et rappelle celle des coliques intestinales, tantôt sourde et peut être comparée aux douleurs des époques menstruelles. Cette douleur est rapportée, le plus souvent, au fond de l'utérus ou à l'un de ses côtés suivant le lieu d'insertion du placenta.

A mesure que l'utérus se distend, la douleur devient de plus en plus intense, souvent insupportable. Les femmes accusent une sensation de déchirement, de tension extrême ; selon leur expression « il leur semble que leur ventre va éclater ». Cette douleur s'exagère par la pression ; son caractère essentiel est d'être continue et de n'avoir aucune action sur le col. Par conséquent, on ne la confondra pas avec les vraies douleurs expulsives, qui manquent le plus souvent dans les hémorrhagies inter-

nes, ou du moins sont très faibles. L'utérus, par suite de la grande distension qu'il a subie, reste inerte, ou, dans le cas contraire, ses contractions sont spasmodiques et irrégulières.

A mesure que le sang s'épanche entre le placenta et les parois de la matrice, l'utérus change *de forme, de volume et de consistance.*

Dans la plupart des cas le fond de l'utérus remonte dans la région épigastrique, l'organe présente alors une forme *oblongue;* parfois on voit apparaître une saillie sur une partie latérale, et la forme devient *irrégulière*, ou enfin l'épanchement correspond à sa face antérieure, et l'utérus se présente ainsi sous une forme plus ou moins *globuleuse.*

Dans tous les cas l'utérus augmente de *volume.* Cette augmentation est souvent si considérable qu'un médecin, qui n'aurait pas vu la malade avant l'accident, pourrait aisément se tromper sur l'époque de la grossesse, et la considérer comme beaucoup plus avancée qu'elle ne l'est en réalité, ou encore supposer une grossesse gémellaire ou une hydropisie de l'amnios. Par exemple, dans le cas de Chevalier, cité par Baudelocque, un utérus de trois mois était développé comme dans une grossesse à terme; mais c'est là une exception, mise en doute d'ailleurs, par quelques auteurs. Le plus souvent l'augmentation correspondrait à celle d'une grossesse plus avancée de deux mois environ. La distension se fait brusquement, en un temps, ou graduellement ; ce dernier cas est le plus fréquent. Levret a pu suivre une fois cette distension pro-

gressive : la marche en était intermittente et marquée par l'intervalle des contractions.

En même temps que le volume, la *consistance* de l'utérus change aussi. Dans la plupart des cas il devient uniformément dur, ligneux et résistant. Toutefois, certains auteurs, comme Barnes, Kortright, Mme Henry, ont constaté un empâtement, qui, suivant Mme Henry, correspondait au siège de l'épanchement. Ce désaccord entre auteurs peut s'expliquer par la supposition suivante : tantôt, en effet, l'utérus conserve une certaine vigueur, ses fibres se contractent et opposent une résistance à l'épanchement du sang ; tantôt il est complètement atone et se laisse facilement distendre par le sang qui s'accumule à l'intérieur.

Le *collapsus* est un symptôme des plus importants. Dans les cas graves il survient brusquement, quelquefois précédé d'un traumatisme, parfois aussi sans cause connue, et met la vie de la femme en danger à bref délai.

Ordinairement le collapsus n'apparaît qu'assez tard, précédé par les douleurs et la distension du ventre, par du malaise et des syncopes passagères qui se prolongent de plus en plus. La femme est dans un état de faiblesse extrême, accompagnée de tous les signes d'une hémorrhagie grave : pâleur caractéristique des téguments, sueurs froides et visqueuses, pouls petit et précipité (120-130 par minute), souvent imperceptible, respiration haletante, voix éteinte ; les traits sont tirés, et tout le faciès indique la souffrance et la dépression. Il est manifeste que le sang s'en va et avec lui la vie de la femme. C'est alors que le médecin a besoin de toute sa

science, de toute sa sagacité, de tout son sang-froid, de toute son énergie.

Les hémorrhagies internes, dans un grand nombre de cas, sont accompagnées d'un *écoulement extérieur* plus ou moins abondant. Quand l'hémorrhagie survient chez une femme en travail, l'écoulement se fait dans l'intervalle des contractions ; tantôt le sang est rouge et liquide, tantôt on voit des caillots noirâtres, qui ont séjourné dans la matrice et qui s'échappent après chaque contraction ; d'autres fois c'est un sérum plus ou moins rouge, qui se sépare des caillots et est expulsé par la compression.

Ce dernier symptôme est caractéristique de l'hémorrhagie interne avec rétention des caillots (Barnes).

Pour que la perte soit apparente il faut, d'une part, que les contractions utérines soient assez fortes pour chasser le sang et décoller les membranes et, d'autre part, que la présentation ne soit pas encore fixée. Si c'est la tête qui se présente, elle obstrue l'orifice du col au moment des contractions, et le sang reste enfermé, mais dès que les contractions cessent, la tête remonte et le sang s'échappe au dehors.

D'autre part, il arrive aussi que l'hémorrhagie est purement interne, et que pas une seule goutte de sang ne s'échappe au dehors ; c'est que la résistance des parois utérines est nulle ou minime et ne peut vaincre l'adhérence des membranes, ou bien encore la présentation est profondément engagée et ferme hermétiquement le col.

Dans la presque totalité des cas l'enfant ne donne aucun signe de vie dès le début des accidents ; quelque-

fois, au moment de la première douleur, ses mouvements deviennent désordonnés, pour disparaître aussitôt.

L'auscultation est négative; on n'entend aucun bruit fœtal.

Quant à la palpation, elle est souvent impossible, par suite de la grande tension des parois utérines.

Au toucher, le col est en général d'autant plus dur et résistant que la femme est plus éloignée du terme de sa grossesse; cette circonstance, qui rend l'accouchement plus difficile, aggrave considérablement la situation de la femme.

Le segment inférieur de l'utérus est distendu, et présente une forme globuleuse, les membranes, souvent extrêmement tendues, bombent dans l'orifice du col.

En fait de signe négatif, on constatera l'absence du placenta au niveau du segment inférieur.

Quand l'hémorrhagie interne survient au moment du travail, les contractions deviennent moins fortes, moins fréquentes et finissent par disparaître; quelquefois, au contraire, elles persistent jusqu'à la fin, et la femme accouche spontanément. Toujours est-il que l'expulsion de l'enfant est suivie souvent d'un flot de sang et d'un nombre plus ou moins considérable de caillots mous, noirâtres, de formation nouvelle, et parfois aussi de caillots fibrineux de date plus ancienne.

La quantité du sang expulsé peut être énorme : c'est ainsi qu'on note des caillots gros comme une tête d'enfant, ou même comme une tête d'adulte, du sang remplissant un grand vase de nuit ou une cuvette, pesant 6 livres, inondant toute la chambre !

On conçoit, qu'après de telles pertes de sang la vie est presque impossible, et si la femme échappe par miracle à la mort, elle s'en ressentira pendant des mois et des années.

L'enfant est presque toujours mort. Il est bleu, cyanosé, quand la déchirure porte sur les vaisseaux maternels (mort par asphyxie) ; il naît pâle, exsangue, quand la partie fœtale du placenta est atteinte en même temps (mort par anémie). Il naît quelquefois en état de rigidité cadavérique, ou bien macéré, suivant le temps plus ou moins long qu'il a passé après sa mort dans la cavité utérine. Souvent on note des circulaires sur le cou de l'enfant ; dans une observation de Deneux leur nombre s'élevait à six.

La délivrance se fait souvent spontanément ; le placenta suit immédiatement l'enfant, et est accompagné à son tour par du sang et par de nombreux caillots.

Les cas de décollement central du placenta, pendant que ses bords restent adhérents, ne sont pas rares ; le placenta se présente alors sous forme de cupule, remplie de caillots. Dans ces cas la partie centrale du placenta est mince, aplatie, elle est recouverte par des caillots noirs, souvent fibrineux, disposés quelquefois en couches superposées.

Lorsque le décollement a été assez peu marqué pour que la grossesse ait pu continuer son cours, on trouve des traces de l'hémorrhagie au moment de la délivrance en examinant le placenta. Celui-ci présente, en effet, sur

sa face utérine, ou bien des infarctus anciens, ou bien des couches de fibrine décolorées, plus ou moins étendues, qui recouvrent la surface libre des cotylédons, ou encore toute autre lésion de dégénérescence.

DIAGNOSTIC

Dans la plupart des cas le diagnostic présente de grandes difficultés. D'après Goodell on ne diagnostique l'hémorrhagie interne que quand il est déjà trop tard pour y remédier.

Cet auteur dit que c'est seulement dans un très petit nombre de cas que le diagnostic a été porté dès le début des accidents.

En effet, dans les nombreuses observations que nous avons lues, le diagnostic de l'hémorrhagie interne n'a été porté que très rarement, et, dans la grande majorité des cas le médecin s'est trouvé très embarrassé en face de l'accident.

Le plus souvent on est appelé à faire un diagnostic avec le placenta prævia. Ce sont les cas où une perte survient sans prodromes, sans douleur, sans augmentation du ventre.

On porte le diagnostic d'insertion vicieuse et l'autopsie démontre que le placenta, en partie décollé, se trouve inséré au fond de l'utérus. Mais en général l'écoulement externe est accompagné d'une accumulation de sang à l'intérieur, le ventre augmente de volume et devient douloureux, le sang s'échappe dans l'intervalle des contractions; ce sont des caillots noirâtres ou une sérosité sanguinolente. Dans le cas de placenta prævia,

pas de douleurs, pas d'augmentation du ventre, le sang est rouge et pur et s'échappe pendant les contractions, si les membranes sont intactes. Au toucher, on ne trouve ni cotylédons placentaires, ni membranes épaisses, qui se retrouvent dans le cas d'insertion marginale. Toutefois la présence de caillots, retenus par les membranes, a pu induire l'accoucheur en erreur. En effet, ainsi qu'on peut le voir dans une observation de Mme Henry et celle de Freudenberg, les caillots peuvent descendre dans le segment inférieur, s'y accumuler et former une masse molle et pâteuse qu'on peut prendre pour un placenta.

D'autres fois, la soudaineté des accidents, la syncope et l'anémie profonde de la femme, font croire à une *rupture de l'utérus*. Mais cette dernière survient ordinairement pendant le travail, au moment des fortes douleurs; elle est suivie du retrait de la partie qui se présente ; l'utérus diminue de volume, à cause de la sortie partielle ou totale de l'enfant dans la cavité abdominale ; les membranes sont déchirées ou flasques.

Dans l'hémorrhagie interne, au contraire, l'utérus augmente de volume et les membranes sont ordinairement intactes et très tendues. Pour être complet, nous signalerons encore deux signes caractéristiques de la rupture utérine, signes auxquels M. Tarnier attribue une grande valeur : ce sont, d'une part la dépression, correspondant à l'endroit où s'est faite la rupture, dépression appréciable à la vue et au toucher ; d'autre part l'écoulement d'un sang noirâtre et sirupeux.

On ne confondra pas le développement subit de la matrice avec la tympanite, l'hydropisie de l'amnios ou la

grossesse gémellaire. La sonorité à la percussion dans le premier cas, la marche lente et la présence de la fluctuation dans le second, lèveront tous les doutes. Quant à la grossesse gémellaire, le double foyer d'auscultation et le développement progressif du ventre permettront de faire le diagnostic différentiel.

Toutefois, il ne faut pas oublier, que l'hémorrhagie interne peut survenir dans le cours d'une grossesse gémellaire ; l'observation de M. Budin nous en fournit un exemple intéressant.

Enfin, la forte douleur du début peut faire penser aux coliques intestinales, hépatiques ou néphrétiques. Mais les antécédents, le siège spécial des douleurs, dans les deux derniers cas, éclairciront le diagnostic.

PRONOSTIC

Le pronostic des hémorrhagies internes est en général très grave pour la mère, et presque toujours fatal pour l'enfant.

Cependant les cas, dans lesquels l'utérus conserve sa force contractile, ne se laisse pas distendre outre mesure, et se débarrasse vite de son contenu, ont un pronostic plus favorable.

Au contraire, dans les cas d'inertie utérine, le pronostic est d'autant plus grave que la femme est menacée d'une hémorrhagie *post-partum* souvent funeste.

En consultant les chiffres donnés par différents auteurs, nous voyons que le résultat n'est pas toujours le même. Ainsi, sur 106 cas cités par Goodell, 55 femmes sont mortes et sur 111 enfants, 6 seulement ont été sauvés.

Sur 23 cas de Braxton Hicks le pronostic était fatal 15 fois pour la femme.

Mais d'autre part, nous trouvons aussi des statistiques plus favorables.

Dans les 5 cas personnels de Brunton, toutes les femmes ont survécu.

Sur les 13 cas de Moreau on ne relève qu'une seule mort pour la mère ; et sur 14 fœtus 10 sont morts.

Dans la thèse de Dumarcet nous trouvons 5 cas de mort sur 13 femmes.

Mme Henry nous donne des résultats encore plus favorables : sur 27 cas elle n'a perdu que 2 femmes. Quant à la mortalité des enfants elle s'élève à 19 cas sur les 27.

Enfin, faisant le relevé de nos 110 cas, pris en bloc, nous trouvons 31 cas de morts pour les femmes, soit 28 pour 100 et 91 pour les enfants.

La différence des statistiques dépend d'abord de la plus ou moins grande gravité des cas recueillis par les auteurs, et d'autre part du traitement employé, c'est ce que nous tâcherons de démontrer dans le chapitre suivant.

TRAITEMENT

Avant d'aborder l'étude du traitement, nous allons exposer les opinions des différents auteurs, qui, par leurs travaux, ont contribué à élucider cette question.

C'est Baudelocque, qui le premier pose nettement la question du traitement des hémorrhagies internes.

« La rupture des membranes, dit-il, est pernicieuse dans les hémorrhagies internes.

On obtiendrait toujours à la vérité le resserrement de l'organe, la diminution du calibre des vaisseaux et par conséquent de l'abondance de l'hémorrhagie. Mais comme cette hémorrhagie ne serait pas suspendue entièrement, le sang en s'accumulant dans la matrice lui redonnerait d'autant plus rapidement le volume qu'elle avait auparavant, que son tissu se laisserait plus facilement distendre, opposerait moins de résistance à l'épanchement. L'espace qu'occupaient les eaux de l'amnios se trouverait bientôt rempli par du sang et le danger de la femme se serait augmenté dans la même proportion. »

Il ne faudrait pas toutefois conclure que Baudelocque était le partisan d'un traitement expectatif pur et simple. En examinant ses observations on voit que si l'état de la femme le permettait, il attendait que la dilatation fût complète pour terminer l'accouchement ; dans d'autres

cas, il procédait à la dilatation du col, suivie de l'application de forceps ou de la version, mais qu'en principe général, il était adversaire de la rupture prématurée des membranes.

Baudelocque neveu suivait le même précepte : dans les cas légers, le traitement général (repos, régime, etc.), dans les cas graves, intervention. Dans les derniers cas, il ne voit plus de ressource pour la femme que dans la terminaison prompte de l'accouchement.

Dans son *Traité des hémorrhagies internes* (Obs. CVIII et CIX), Baudelocque cite des cas, où Mauriceau et Péraud ont suivi la même ligne de conduite.

D'autre part, Braxton Hicks, en examinant les 23 cas qu'il a recueillis, arrive aux conclusions suivantes : un traitement rationnel exige que la matrice soit vidée le plus tôt possible, sans que cette précipitation soit nuisible à la santé de la mère.

Quant à la rupture des membranes il conseille son emploi dans les cas extrêmes, quand la patiente est en danger de mort imminente. Il faut alors s'abstenir d'évacuer sur-le-champ l'utérus, car cette opération peut être mortelle ; on rompra les membranes, on appliquera un bandage et on attendra une amélioration de l'état général avant de provoquer des contractions utérines.

Goodell préconise la rupture précoce des membranes. Il applique un bandage compressif, et en cas de dilatation partielle du col, introduit le dilatateur de Barnes, qui dispense d'inciser la marge d'un col rigide.

Brunton (1875) ne s'oppose pas à la rupture des membranes, à la condition que cette rupture ne soit pas pré-

coce. Dans trois cas publiés par lui, cette rupture a été suivie immédiatement par l'expulsion de l'enfant.

Il admet la dilatation par les sacs de Barnes, mais veut que cette dilatation précède la rupture des membranes, au lieu de la suivre comme le veut Goodell.

Pour R. Barnes la première chose à faire est de rompre les membranes. Dans quelques cas où la prostration n'est pas profonde cette rupture peut suffire ; la nature fera le reste. Il est utile de soutenir l'utérus au moyen d'un bandage.

Si le travail ne progresse pas bien, il faut dilater le col avec les sacs hydrostatiques. Lorsque la dilatation est suffisante on peut appliquer le forceps. Si les symptômes sont urgents et si l'enfant est mort, pratiquer la craniotomie ou la céphalotripsie ; si toute autre partie que la tête se présente on fait la version bipolaire.

Kidd préfère la dilatation du col à la rupture prématurée des membranes, parce que les contractions utérines qui suivent cette rupture sont insuffisantes pour arrêter l'hémorrhagie. La rupture des membranes doit être immédiatement suivie par l'accouchement.

Dill se prononce contre la dilatation du col, ainsi que l'introduction de tout instrument, parce que ces manœuvres augmentent les chances du choc.

Playfair pose comme règle dans toute hémorrhagie, externe ou interne, la rupture des membranes, avec application d'un bandage, que l'on serre progressivement, à mesure que le liquide amniotique s'évacue. Si la dilatation du col n'est pas suffisante il introduit les sacs

de Barnes, et fait une compression sur le fond de l'utérus pour empêcher sa distension.

Schrœder préconise tout d'abord l'ergot et les frictions pour réveiller les contractions. Puis, si l'accouchement tarde à se faire, et que la femme est menacée de collapsus, il rompt les membranes. Il reconnaît toutefois le danger qu'il peut y avoir à évacuer ainsi une matrice inerte.

Winter dit que dans tous les cas, la poche sera conservée le plus longtemps possible, pour s'opposer à une nouvelle hémorrhagie interne, et que la rupture des membranes ne sera tentée que dans les cas les plus défavorables où l'hémorrhagie et le collapsus augmentent, malgré l'intégrité de la poche.

Zeishman rompt les membranes dans tous les cas, mais il admet que souvent cette rupture rend plus difficile les interventions ultérieures, telles que la version.

Freudenberg préconise la rupture des membranes suivie de l'accouchement dans le plus bref délai possible.

Patridge considère la rupture des membranes non seulement comme inefficace contre l'hémorrhagie, mais comme dangereuse même. Elle augmente les conditions favorables à la production d'une nouvelle hémorrhagie, et entrave l'application des moyens de remèdes ultérieurs.

Le Dr Coe, professeur de gynécologie à la polyclinique de New-York, malgré son autorité indiscutable, avoue que le traitement de l'hémorrhagie utérine est loin d'être fixé pour chaque cas. Il préconise toutefois la conduite suivante : dilatation manuelle du col (le ballon de Barnes

étant réservé pour les cas où la dilatation n'est pas commencée, et où l'état de la femme permet d'aller plus lentement). On évitera avec soin de rompre les membranes. Suit la version avec les plus grands ménagements ; on donnera alors plusieurs injections d'ergotine, et si son action ne suffit pas pour provoquer l'expulsion, extraire l'enfant.

Cazeaux considère les cas où il y a dilatation plus ou moins avancée du col, et ceux où la dilatation n'est pas commencée.

Dans les premiers il fait la rupture des membranes, et procède ensuite aux moyens appropriés pour terminer rapidement l'accouchement.

Dans les derniers, il ne rompt les membranes que si l'affaissement de la femme le nécessite d'urgence. Il préconise alors l'introduction forcée de la main pour terminer l'accouchement.

M. le professeur Pinard préconise la large déchirure des membranes suivie ou non, suivant les cas, de l'application du ballon dilatateur.

M. le Dr Budin préconise l'expectation avant tout début de travail, tant que la vie de la femme ne semble pas compromise. Ce ne sera que dans les cas de collapsus ou de faiblesse grave que l'on procèdera à la rupture des membranes.

Mme Henry, basant son opinion sur les cas qu'elle a observés à la maternité dans le service de M. le professeur Tarnier, ne rompt les membranes que si la dilatation est complète et que si l'accouchement peut être terminé de suite ; dans le cas contraire, et si les membra-

nes sont intactes elle fait toutes les 30 minutes des injections chaudes à 48 — 50°, puis hâte la dilatation du col afin de terminer l'accouchement le plus tôt possible. Cette méthode, qui a été couronnée par le plus éclatant succès (25 guérisons sur 27 cas), semble être la méthode de choix, si l'on s'en rapporte aux observations citées dans notre travail.

Telles sont les opinions des différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Examinons maintenant l'enseignement qu'on peut tirer de nos observations. Nous avons un total de 110 cas. Sur ce nombre il faut retrancher les observations 61, 69, 86 et 89, qui ne nous donnent pas de renseignements assez précis, et dont nous ne pouvons pas tirer de conclusions.

Les 106 cas qui restent ont été classés de la manière suivante :

Dans un premier groupe de 44 observations, les femmes, ou bien se sont trouvées dans un état assez bon pour permettre l'expectation et elles ont accouché spontanément, ou bien ayant présenté des accidents plus ou moins graves, elles ont pu être délivrées de suite. En effet, le col de l'utérus étant suffisamment dilaté, on a pu pratiquer l'extraction du fœtus par un procédé quelconque (version, forceps), puis la délivrance, et obtenir ainsi la rétraction des parois musculaires et avec elle l'arrêt de l'hémorrhagie.

Or, sur ces 44 cas, toutes les femmes ont guéri.

Quant aux enfants, 13 sont venus vivants, 32 ont suc-

combé, pour la plupart, un temps variable avant l'accouchement.

Dans un second groupe de faits, comprenant 62 observations, l'état grave des femmes a nécessité l'intervention à une époque où le col était insuffisamment dilaté et où, par conséquent, on a dû attendre plus ou moins longtemps avant de pouvoir évacuer l'utérus ; sur ces 62 cas 32 femmes seulement ont survécu, 30 ont succombé, soit 48, 4 pour 100 de mortalité.

En ce qui concerne les enfants, 58 sont morts, 4 ont survécu. En mettant de côté l'effrayante mortalité des enfants qui concorde d'ailleurs avec celle de Goodell, et qui s'explique aisément par les modifications considérables survenues dans la circulation fœto-placentaire, cherchons ce que l'on peut déduire au point de vue maternel des chiffres qui viennent d'être donnés. La situation est infiniment meilleure lorsque le col est dilaté, parce qu'on peut rapidement vider l'utérus. Aussi nous semble-t-il permis d'émettre l'opinion suivante :

Le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie est d'extraire le plus vite possible le produit de la conception. Cette règle de conduite ne risque pas d'être contredite, lorsque le col est dilaté, car il ne peut être question ici de choc nerveux, d'inertie utérine, de syncope *a vacuo*, si l'on procède aux opérations avec la prudence voulue. Il faut en effet agir vite, mais sans précipitation et sans brusquerie.

Nos observations montrent avec celles de tous les auteurs, que très fréquemment les enfants ont succombé dans la cavité utérine, aussi les instruments de réduction

(perforateur, céphalotribe, basiotribe) appliqués sur la tête du fœtus, permettent l'extraction même avec un col qui n'est pas complètement dilaté.

Il suffit en général d'une ouverture grande comme la paume de la main pour entraîner au dehors un fœtus ayant la tête diminuée de volume. Nous reviendrons plus tard sur cette question.

Toute autre est la situation quand le col est fermé ou insuffisamment dilaté et que l'état de la femmee est plus ou moins grave. Ici les auteurs sont loin d'être d'accord.

Examinons ce que nous montrent nos observations.

Sur les 62 cas où l'on a dû intervenir pour hâter l'accouchement, on note 34 fois la rupture prématurée des membranes (artificielle ou spontanée), et sur ces 34 cas, 21 morts et 13 guérisons, soit 61, 7 0/0 de mortalité maternelle. On trouvera quatre cas de ce genre cités tout au long, dans nos observations VIII, IX, X et XI.

Quant aux enfants, un seul est venu vivant.

La mortalité est donc très forte avec la rupture artificielle des membranes, pratiquée lorsque le col n'est pas dilaté, c'est-à-dire à une époque plus ou moins éloignée de l'évacuation de l'utérus.

Ce fait vient exactement en opposition avec l'avis de ceux qui préconisent ce moyen de traitement.

Le meilleur argument que nous puissions invoquer contre ces auteurs est le chiffre qui vient d'être indiqué. Théoriquement il était d'ailleurs permis de penser que les membranes une fois rompues, le liquide amniotique en s'écoulant devait diminuer la pression intra-utérine et permettre au sang de s'épancher entre les parois de

l'œuf et celles de l'utérus. Les contractions utérines survenant après la rupture des membranes sont insuffisantes pour amener l'hémostase, parce que le fœtus, encore retenu dans la matrice, empêche la rétraction de se produire avec toute la puissance voulue.

C'est cette rétraction qui est indispensable pour arrêter la perte, parce que une fois produite elle est permanente, tandis que la contraction proprement dite est essentiellement intermittente. En outre, il arrive souvent après, comme avant la rupture des membranes, que les parois utérines restent inertes, et l'on sait que l'inertie utérine est bien plus efficacement et plus facilement combattue après l'expulsion du fœtus et du délivre, qu'avant l'accouchement. Enfin, dans la thèse de M. Dumarcet, on trouve une observation, celle qui porte le n° 13 et qui est accompagnée d'un dessin fort intéressant, d'une pièce où la rupture des membranes avait été faite tout au commencement du travail.

La femme succomba quelques instants après. L'utérus congelé, a été examiné au moyen d'une coupe, pratiquée d'avant en arrière.

Le col est long, fermé. Le fœtus contenu dans l'utérus se présente par le sommet ; le placenta est inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, remontant jusqu'au fond de l'organe. Il ne reste presque plus de liquide amniotique. Partout, en effet, excepté dans trois régions fort étroites, le fœtus est en contact direct avec la paroi utérine en avant, avec le placenta en arrière, celui-ci, « par sa face fœtale se *moule* exactement sur le contour sinueux du fœtus, auquel il est étroitement appliqué ; par sa face

utérine, irrégulièrement découpée, il se moule sur un caillot qui le sépare de son ancienne zone d'insertion, et qui, épais à son centre, où il atteint jusqu'à 3 cent. 6 (minimum 2 cent.), s'effile en pointe vers les bords supérieurs et inférieurs du placenta.

Il ne s'arrête pas au niveau du bord supérieur ; là il se prolonge encore entre la paroi utérine et les membranes décollées, jusqu'à près de 3 centimètres plus loin, où il est arrêté par l'adhérence des membranes à la paroi antérieure, adhérence qui, de ce côté, se maintient jusqu'à 1 cent. 5 de l'orifice interne du col, où se trouve la lèvre antérieure de l'orifice membraneux.

Au niveau du bord inférieur, le caillot se prolonge en pointe jusque dans le canal cervical, décollant les membranes jusques et y compris le rebord postérieur de l'orifice de rupture, s'insinuant ensuite entre la tête fœtale et la paroi du segment inférieur. »

Les détails de cette observation sont, comme on le voit, très circonstanciés, et, fait remarquable, le placenta était étroitement appliqué sur le fœtus.

N'est-il pas logique de penser que si les membranes n'avaient pas été rompues, le liquide amniotique, exerçant sa pression sur les parois de l'œuf, aurait peut-être empêché le décollement placentaire de s'effectuer sur une surface aussi vaste ?

En résumé, nous pensons que la rupture des membranes doit être évitée, tant que le col n'est pas suffisamment dilaté.

Quels sont les autres moyens qui se trouvent consignés dans nos observations ? Dix fois on a fait le tampon-

nement du vagin, 1 femme est morte, 9 ont survécu, 9 enfants sont morts, un seul est venu vivant.

Il nous semble que le tamponnement vaginal doit être réservé aux cas où il y a hémorrhagie externe en même temps qu'hémorrhagie interne. Si, en effet la perte est exclusivement interne, l'idée du tampon ne viendra évidemment pas à l'esprit. Lorsqu'il sort par la vulve une quantité généralement peu abondante de sérosité roussâtre, tandis que des caillots sont restés accumulés derrière le placenta, il ne saurait, non plus, être question de tamponnement. Dans les cas graves, où la vie de la femme est immédiatement menacée, où la perte tant externe qu'interne est, ou a été considérable, il faut agir aussi vite que possible, et comme le tampon est un moyen d'attente, nous ne pouvons pas l'employer.

Reste un certain nombre de cas, où la femme est dans un état relativement bon, où le col n'est pas dilaté, où les membranes sont intactes, en pareille circonstance le tampon pourra rendre des services, si l'hémorrhagie externe est abondante et si l'utérus se contracte bien, car la paroi musculaire de l'organe gestatoire en se tendant au niveau de la surface décollée, empêchera l'hémorrhagie de continuer à l'intérieur de l'utérus.

On peut expliquer ainsi les succès que le tampon a donnés dans les 9 cas dont nous avons parlé plus haut. Est-ce à dire que le tamponnement vaginal soit un excellent moyen dans tous les cas d'hémorrhagie par décollement placentaire ?

Nous pensons que le tamponnement, si précieux, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, peut

aussi rendre de grands succès dans les cas qui nous occupent, et, pour résumer ce que nous venons d'exposer, nous dirons que le tamponnement vaginal est utile quand il y a hémorrhagie externe, que le col est incomplètement dilaté, et que l'état général permet de laisser quelques heures pour la dilatation de l'orifice.

Quoi qu'il en soit, notons le total qui nous est fourni par nos observations, à savoir 9 succès sur 10 cas sans compter que dans le cas de mort il s'agissait d'accident immédiatement grave et pour lequel l'intervention a été trop tardive. En effet, la femme a été amenée à l'hôpital complètement exsangue et sans avoir subi auparavant de traitement rationnel.

Examinons maintenant ce que l'on peut faire pour évacuer aussi vite que possible l'utérus, lorsque le col n'est pas dilaté.

D'après les chiffres que nous avons donnés plus haut, on sait quelle importance nous attribuons à l'intégrité des membranes ; c'est dire que nous proscrivons énergiquement leur rupture artificielle à cette époque du travail, mais en même temps nous estimons qu'il y a un grand intérêt à accélérer la dilatation de l'orifice. Parmi les moyens employés à cet effet, nous signalerons surtout l'écarteur de M. Tarnier, les sacs de Barnes, les ballons de M. Tarnier et de M. Champetier de Ribes.

Enfin les incisions de l'orifice utérin.

Etudions successivement chacun de ces procédés.

L'écarteur de M. Tarnier rend de très grands services ; il provoque de fortes contractions utérines en même temps qu'il ouvre mécaniquement l'orifice ; de plus, il a le grand

avantage de ne pas repousser la partie fœtale, de ne pas comprimer l'extrémité inférieure de l'œuf, comme le font les ballons volumineux, et d'être ainsi aussi peu menaçant que possible pour les membranes.

Nous connaissons un fait, où l'écarteur, entre les mains de M. Tarnier lui-même, a produit une dilatation complète du col en moins d'une demi-heure ; malheureusement certaines femmes ont des tissus plus résistants, et un orifice utérin moins aisément dilatable.

Les dilatateurs en forme de sac ou de ballon doivent être placés à côté de l'écarteur. Les sacs de Barnes sont employés couramment en Angleterre, ainsi que le prouvent nos observations. S'il nous était permis d'exprimer un avis, nous dirions que le numéro le plus volumineux des sacs-violons, ne donne pas à l'orifice un diamètre assez large ; que l'introduction successive des sacs de plus en plus gros, constitue pour ainsi dire, autant d'opérations ; enfin, que les dilatateurs de Barnes ne tiennent pas toujours bien dans l'orifice utérin ; de plus, ces appareils en caoutchouc plus ou moins anfractueux sont difficiles à tenir aseptiques, contrairement à l'écarteur qui est si facile à nettoyer.

D'ailleurs, les sacs de Barnes ont été perfectionnés, et nous allons voir maintenant des ballons d'un autre genre.

Celui de M. Tarnier est excellent pour provoquer le travail de l'accouchement. Dès que l'orifice utérin est assez large pour laisser passer un ballon plus gros, on obtient plus rapidement la dilatation complète avec celui de M. Champetier de Ribes.

Cet appareil, qui peut contenir 450 grammes de liquide

dans son intérieur, agit en excitant fortement les contractions utérines, et en distendant le segment inférieur. A l'action produite par la seule présence de ce corps étranger, on peut ajouter des tractions modérées, mais soutenues, sur la queue du ballon qui pend à l'extérieur. On obtient ainsi une rapide dilatation de l'orifice, et dès que le ballon est descendu dans le vagin, on doit l'extraire et introduire la main dans la cavité utérine, pour faire l'extraction du fœtus. L'orifice n'offre plus en effet aucun obstacle au passage de la main.

A défaut de l'écarteur ou des ballons indiqués ci-dessus, la main seule suffit pour ouvrir largement l'orifice dans certains cas favorables. On commence par introduire l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts, puis tous les doigts ensemble ; on les écarte ensuite jusqu'à ce que la main tout entière pénètre dans l'utérus.

Cette dilatation digito-manuelle se fait quelquefois en un temps relativement court ; mais chez d'autres femmes elle est tout à fait insuffisante.

Nous avons supposé jusqu'ici que les membranes étaient intactes, mais elles peuvent se rompre spontanément.

Si l'œuf est ouvert, l'indication d'accélérer la dilatation de l'orifice est encore plus urgente, nous avons vu pourquoi. On se servira donc des moyens que nous venons de mentionner.

Supposons maintenant que la femme soit exposée à un danger imminent, que l'on n'ait pas le temps d'utiliser les procédés de dilatation, qui obligent à attendre, ou bien encore qu'il soit nécessaire de compléter aussi vite que possible la dilatation déjà plus ou moins avancée, nous

avons alors la ressource des incisions faites sur l'orifice utérin. Pratiquées pour une série d'accidents par les anciens accoucheurs, elles ont été successivement abandonnées, puis reprises. Le reproche le plus grave qu'on leur adresse est, que l'on n'est pas sûr qu'elles ne dépasseront pas le point où s'est arrêté l'instrument tranchant; souvent, en effet, la présentation en traversant un col incisé agrandit la solution de continuité, qui peut gagner le cul-de-sac vaginal et même remonter plus ou moins haut sur le segment inférieur.

De nos jours un accoucheur allemand, Dührssen, préconise deux ou plusieurs incisions larges, et allant d'emblée jusqu'aux culs-de-sac ; les sections sont faites avec des ciseaux ou avec un bistouri boutonné.

Après l'extraction du fœtus les sutures sont faites sur ce col incisé.

En France on n'admet pas en général cette manière de faire. M. Tarnier conseille de petites incisions de 1/2 centimètre ou de 1 centimètre au plus, qui sont faites sur les parties latérales, de manière que si, par malheur, elles s'agrandissaient pendant le passage du fœtus, la lésion ne puisse pas gagner, en se propageant, les réservoirs voisins, le rectum et la vessie.

Si une incision de chaque côté ne suffisait pas on en ferait davantage ; mieux vaut multiplier les incisions en les faisant courtes, que de s'en tenir à une seule ou à deux larges solutions de continuité.

Le col est ouvert largement, il est maintenant possible de faire l'extraction. Si la présentation est élevée et mobile au détroit supérieur, la version est indiquée ; si, au

contraire, l'extrémité céphalique est fixée ou engagée dans l'excavation, il faut appliquer le forceps.

Rappelons-nous que très fréquemment l'enfant a succombé, et que souvent on est pressé de délivrer la femme. Aussi la basiotripsie doit-elle rendre de grands services en ce qu'elle permet à la tête de passer à travers un orifice qui n'est pas encore complètement dilaté. Une fois la tête broyée et descendue, si les épaules ont de la peine à passer à travers l'orifice, on pourrait, ou bien abaisser un bras, ou même faire la brachiotomie avec de longs ciseaux.

Dans un cas tout spécial et bien connu, de Delaforterie fit l'opération césarienne dans l'intérêt de l'enfant supposé vivant, la femme étant déjà morte. Ce serait une conduite à imiter dans les conditions analogues, tout en sachant bien que l'existence de l'enfant est des plus compromises.

L'opération césarienne, suivie ou non de l'opération de Porro, convient-elle lorsque la femme, encore vivante, est cependant sous le coup d'une mort imminente? Nous n'avons pas d'observation qui nous permette de répondre. Nous supposons seulement que ce seraient là des conditions très défavorables à la réussite d'une intervention de ce genre. Meyer a émis cette idée à titre d'hypothèse.

Elle ne serait en tout cas admissible qu'à titre très exceptionnel et sans grand espoir de succès.

L'extraction du fœtus une fois faite, il faut procéder à la délivrance.

Dans les cas simples, après une expulsion spontanée,

il est indiqué d'attendre le décollement du placenta comme d'ordinaire.

Si la situation est grave, et après une intervention sérieuse, il est préférable de faire une délivrance artificielle. Si l'utérus est inerte et laisse couler le sang, raison de plus pour introduire la main dans l'utérus, et même à plusieurs reprises. Les injections chaudes intra-utérines, la compression de l'utérus et de l'aorte, et, en général toute la série des moyens pour lutter contre les hémorrhagies de la délivrance, seront alors employés.

L'ergot de seigle est signalé dans plusieurs de nos observations. Les auteurs l'ont même donné avant l'accouchement.

Nous n'en avons pas parlé à cette période du travail, convaincue que l'ergot de seigle est nuisible tant qu'il reste quelque chose dans la cavité utérine. Ici plus encore qu'ailleurs il est à rejeter, parce que en déterminant la contracture du col il s'opposerait à l'expulsion de l'œuf, sans compter les autres dangers qui accompagnent son ingestion. Mais une fois l'utérus vidé, l'ergot peut être utile pour lutter contre l'inertie *post partum;* on l'emploie alors sous forme d'ergotine, ou mieux encore sous forme d'ergotinine de Tanret.

Barnes recommandait d'injecter du perchlorure de fer dans l'utérus après l'accouchement. Cette pratique est blâmée par les accoucheurs français, en raison des accidents septiques qui suivent l'introduction du médicament dans l'utérus. En effet, le magma formé par les caillots se putréfie aisément, et adhère aux parois de l'organe. Ajoutons que les accidents subits, dus à des embolies,

sont possibles, ainsi que le démontrent les expériences toutes récentes de M. Tarnier.

Eu égard à l'emploi des antiseptiques, il faut se rappeler que les femmes dont nous nous occupons sont profondément anémiées, et pour la plupart, albuminuriques, double raison pour éviter les sels de mercure, l'acide phénique, et, en général, les antiseptiques toxiques. On se servira de permanganate de potasse, de microcidine, de teinture d'iode, etc. Dans les cas d'inertie tenace on a préconisé l'introduction dans l'utérus d'une solution composée de :

Teinture d'iode	15 gr.
Iod. de potassium	0, 50.
Eau distillée.	30 gr.

RÉSULTATS AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC

BASÉS SUR LE MODE DE TRAITEMENT EMPLOYÉ.

Sur 110 cas résultat total :

Pour la mère :

79 guérisons,
31 morts, soit 28 0/0 de mortalité maternelle.

Pour l'enfant :

18 survies,
93 morts, soit 84 0/0 de mortalité.

Sur 62 cas de dilatation insuffisante du col au moment du premier examen, où l'état de la femme a nécessité une intervention, on relève :

Pour la mère :

32 guérisons,
30 morts, soit 48 0/0 de mortalité.

La rupture prématurée des membranes a eu lieu 34 fois, avec résultat suivant :

13 guérisons,
21 morts, soit 61, 7 0/0 de mortalité.

On a fait le *tamponnement* dix fois, avec :

9 guérisons,
1 mort, soit 10 0/0 de mortalité.

6 fois on a fait la dilatation du col, avec :

5 guérisons,
1 mort, soit 16 0/0 de mortalité.

Dans les 3 cas de *craniotomie*, nous relevons :

1 guérison,
2 morts, soit 66,6 0/0 de mortalité.

Sur ces 62 cas il nous reste 9 cas, dans lesquels le traitement a été variable et qui n'entrent pas dans les catégories précédentes.

Dans 44 cas, avec membranes complètes, la dilatation était suffisante pour permettre la terminaison immédiate de l'accouchement, ou bien l'état de la femme était assez satisfaisant pour permettre l'expectation : 44 guérisons.

Enfin, dans 4 cas le traitement n'est pas indiqué.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici 15 observations parmi lesquelles figurent celles qui appartiennent à nos maîtres de Paris et un certain nombre d'autres, d'origine étrangère, que nous avons choisies aussi parmi celles qui composent notre tableau général. Le choix que nous avons fait de ces dernières est basé sur les circonstances spéciales qui nous ont paru donner quelque intérêt plus particulier à ces observations.

Observation I (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur Tarnier
(due à l'obligeance de M. Tissier).
Décollement placentaire. Hémorrhagie interne et externe, mort fœtale.

La nommée B.., âgée de 30 ans, profession couturière, constitution bonne. Entrée le 1er octobre à 10 heures du soir à la clinique et le 3 octobre à 9 heures du soir à la salle d'accouchement, lit n. 32.

Histoire de la maladie. — La malade est entrée à la clinique le 1er octobre 1891, à 10 heures du soir, elle avait perdu, depuis la veille à midi, une quantité de sang assez notable. Elle se plaignait également, depuis la veille au matin, de douleurs assez

vives, qui l'ont engagée à se présenter à la Maternité, où on l'a gardée 24 heures. Ce n'est qu'à la Maternité qu'eut lieu la première hémorrhagie.

Depuis le 29 septembre, c'est-à-dire 3 jours avant son entrée à la clinique, elle n'avait plus senti remuer son enfant.

Cette femme est enceinte pour la première fois ; la dernière apparition des règles a eu lieu le 15 février 1891, le début de la grossesse paraît donc remonter à 7 mois 1/2.

Cette femme était bien réglée et la conformation de son bassin est bonne.

Le palper, difficile à cause d'un état permanent de tension de l'utérus, permet de reconnaître la tête engagée en O. I. G. A., et à l'auscultation on ne perçoit ni les battements du cœur du fœtus, ni le bruit de souffle utérin.

Par le toucher, le doigt arrive sur une extrémité céphalique ramollie. L'occipital n'est pas complètement ossifié.

La malade n'a pas d'affection du cœur, elle n'est pas syphilitique.

Il n'y a pas eu de traumatisme antérieur, pas d'albumine dans les urines, malgré un léger œdème des malléoles.

Depuis l'âge de 26 ans, c'est-à-dire depuis quatre ans, elle a de la leucorrhée assez abondante.

Depuis le début de sa grossesse pas d'hémorrhagie au moment où les règles apparaissaient d'habitude.

A son entrée à la Clinique le 1er octobre 1891, à 10 heures du soir, le travail est déjà commencé, le col est large comme une pièce de 2 francs. L'hémorrhagie continue, mais est très peu abondante.

Dès ce moment, l'existence d'une hémorrhagie, coïncidant avec un état général mauvais, la dureté de l'utérus, la mort fœtale, fait penser à un décollement placentaire, probablement avec hémorrhagie interne, suivie d'hémorrhagie externe.

Le 3 octobre, à 6 h. du soir, elle est prise de douleurs assez violentes, la dilatation est complète à 8 h. 30, la rupture des membranes a lieu à 8 h. 45 et l'accouchement à 9 h. 15 du soir, spontanément.

L'enfant, du sexe féminin, est mort et macéré, il n'y a pas d'odeur de putréfaction. Le fœtus pèse 1540 grammes et paraît, en effet, âgé de 7 à 8 mois. La délivrance se fait naturellement à 10 heures du soir, sans traction sur le cordon et sans expression de l'utérus.

Le placenta paraît incomplet, mais, en l'examinant bien, on voit qu'il est lisse partout ; il présente, cependant, près de sa circonférence, une excavation large et peu profonde, semblant indiquer un décollement datant de plusieurs jours. Les membranes sont complètes.

Pour plus de sûreté, quelques minutes après la délivrance on introduit la main dans l'utérus qui est rempli de gros caillots ; ces caillots sont retirés presque complètement et on fait une injection intra-utérine à la microcidine.

Le placenta présente une teinte apoplectique dans toute son étendue.

La femme a eu quelques tranchées dans la nuit, mais pas d'élévation de la température.

Observation II

Rapportée par M. le professeur Tarnier dans sa leçon de 1890 faite à la clinique.

Grossesse de 7 mois. Accouchement prématuré spontané. Hémorrhagie pendant le travail.

Femme qui accouche pour la troisième fois. Le ventre ayant augmenté subitement de volume en même temps qu'un écoule-

ment sanguin se faisait par le vagin, la femme est entrée à la clinique. Depuis quelques jours déjà les jambes étaient enflées.

A son entrée, le travail commence. Il y a un écoulement sanguin par la vulve entre les contractions ; l'enfant vient bientôt au monde et sa naissance est suivie de l'expulsion d'une assez grande quantité de caillots.

Cependant l'utérus reste toujours volumineux et on pense même à une grossesse gémellaire. Cet utérus renfermait le placenta et en outre des caillots sanguins qui ont été expulsés après la délivrance : leur poids s'élevait à 1050 grammes.

Nous avons ici, sous les yeux, le tableau d'une hémorrhagie survenue dans l'utérus même avant l'expulsion du fœtus.

Le placenta est arrondi, large et peu épais. Tous les diamètres sont égaux entre eux ; leur dimension est de 21 centimètres.

On voit que d'un côté la rupture des membranes s'est faite à 5 centimètres du bord placentaire. Or, si nous additionnons le diamètre du placenta, d'une part, c'est-à-dire 21 centimètres et les 5 centimètres de membranes, nous trouvons 26 centimètres : dimension qui représente la hauteur de l'utérus à ce moment de la grossesse.

On n'avait donc pas une insertion vicieuse du placenta.

Observation III

(Recuelllie dans le service de M. le professeur Tarnier).

La nommée P... Lucie, âgée de 27 ans, entrée à la Clinique le 25 juin 1892.

On ne note pas de syphilis, ni de rachitisme dans ses antécédents personnels. Elle a eu du rhumatisme, des palpitations, des accès d'étouffement nocturnes.

Mariée à 19 ans. Six mois après le mariage, métro-péritonite,

soignée à l'hôpital Saint-Antoine pendant 2 mois, qui a laissé une métrite persistante. Règles douloureuses depuis.

Six ans et demi après son mariage, elle devient enceinte pour la première fois. Elle a souffert, pendant sa grossesse, de maux d'estomac et de palpitations. Pendant les 3 derniers mois elle a eu de l'œdème généralisé, en même temps que des douleurs épigastriques, de la céphalalgie et des troubles de la vue et de l'ouïe.

Accouchement à terme. Le travail a duré deux jours, et a été terminé par l'application du forceps. L'enfant est mort pendant le travail. Consécutivement, elle a été soignée pour l'albuminurie pendant 21 jours. L'année suivante elle redevient enceinte.

Ses dernières règles ont fini le 25 novembre 1891. Elle a souffert, ainsi que pendant la grossesse précédente, de maux d'estomac, de palpitations et de pertes blanches abondantes.

Le 27 avril. — Sans cause connue, survint une perte, qui a duré 3 jours, accompagnée de douleurs dans le bas-ventre. Elle a été soignée à l'hôpital Tenon pour cette perte pendant 17 jours. Depuis, la marche était devenue impossible à cause des douleurs qui survenaient.

Le 25 juin elle entre à la clinique étant enceinte de 7 mois environ. — A 11 heures du soir une forte douleur se fait sentir, et quelques taches de sang apparaissent sur la chemise de la malade. A 4 heures du matin surviennent les vraies douleurs du travail avec un léger écoulement externe. La dilatation était celle d'une pièce de 2 francs. Les battements du cœur fœtal nuls. L'engagement nul. Le travail a duré 4 heures. Siège complet. S. I. G. Rupture spontanée des membranes au moment de l'expulsion, qui a eu lieu à 8 heures. L'enfant, du sexe masculin, était faible, mais vivant, pesant 6 livres, d'une longueur de 38 centimètres. Placenta 430 gr. 20 cent. de diamètre, offrait sur un point de sa surface près de la circonférence, un caillot irrégulier, mesurant

7-9 cent. de diamètre et 2 1/2 cent. d'épaisseur. Ce caillot mou noirâtre, étant enlevé, on trouve au-dessous de lui une dépression du placenta, qui n'offrait à ce niveau, que 1 cent. d'épaisseur. On ne constate pas les altérations du placenta albuminurique. L'hémorrhagie a certainement précédé le travail, puisqu'on trouve une dépression sans déchirure du tissu placentaire.

Celui-ci est atélectasié, comme dans tous les cas d'hématome ayant séjourné quelque temps entre le muscle utérin et la caduque. Comme l'hématome était marginal, il est possible qu'il provienne d'une déchirure du sinus circulaire, mais tout aussi bien a-t-il pu être causé par la rupture d'un sinus utéro-placentaire.

L'enfant est mort 1/2 heure après sa naissance. Urines normales.

Suites de couches normales. Femme sortie guérie.

Observation IV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Budin).

Primipare albuminurique. Hémorrhagie interne. Mort.
Grossesse à terme, présentation du sommet, application du forceps à la dilatation complète, délivrance naturelle.

La nommée B... Aurélie, âgée de 21 ans, lingère, entrée le 7 juin 1891.

Il nous est impossible de fournir sur cette femme des renseignements touchant ses antécédents héréditaires et personnels. Dès son arrivée à l'hôpital, son état nous a paru assez inquiétant pour que nous ayons cru bien faire en remettant à plus tard la fatigue d'une conversation.

Il était six heures et demie du soir lorsque la malade est arrivée à la salle de consultation.

Nous y descendons aussitôt, et, à peine entrée, nous sommes frappés de l'aspect de cette femme. Elle présente absolument le

faciès d'une albuminurique, teint pâle, figure bouffie, lèvres décolorées. De plus, elle est très abattue au point que nous avons été obligé de la soulever et de la coucher sur le lit d'examen. Elle se plaint beaucoup ; avant notre arrivée elle a vomi. Mlle Hénault l'examine. Elle trouve une femme assez grande, sans traces de rachitisme et paraissant bien conformée ; les seins sont bien développés, le ventre a les dimensions de celui d'une femme arrivée au terme de sa grossesse. Léger œdème autour des malléoles.

La malade interrogée nous apprend qu'elle a 21 ans, qu'elle est primipare et que ses dernières règles ont cessé vers le 8 septembre 1890. Elle serait donc presque à terme. Nous ne pouvons relever dans l'interrogatoire aucun symptôme se rattachant à l'albuminurie : troubles de la vue, de l'ouïe, céphalalgie, douleurs épigastriques, etc., La grossesse se serait passée jusqu'ici sans incidents.

Et ce sont les douleurs vives qu'elle ressent dans le bas-ventre qui l'amènent à la Charité.

Au palper, on trouve le dos à gauche les petits membres à droite.

A l'auscultation, on entend les bruits du cœur fœtal, faibles et espacés, 30 à 40 par minute environ ; quelques instants plus tard on ne les entend plus, l'enfant est donc en train de mourir.

Le toucher permet de constater un rétrécissement du bassin, le col est effacé et l'orifice utérin est juste assez dilaté pour permettre à l'index de le traverser et d'arriver sur une tête qui s'engage. Au retour de son exploration, le doigt est recouvert d'une épaisse couche de matière blanchâtre d'odeur très forte.

Ordre est donné par Mlle Hénault de transporter la parturiente dans la salle d'accouchement. Dès qu'elle y est arrivée et couchée, nous essayons inutilement de la faire uriner, alors par le cathétérisme pratiqué au moyen d'une sonde en caoutchouc nous

recueillons la valeur de deux pleines cuillers d'urine de couleur normale, dans laquelle sous l'action de quelques gouttes d'acide nitrique nous voyons l'albumine (rétractile) se prendre en masse.

On donne ensuite à la malade un lavement pour dégager le rectum, et nous lui faisons une injection vaginale antiseptique pour approprier et aseptiser autant que possible le vagin.

Toilette des organes.

La malade gémit constamment et s'agite beaucoup. Les douleurs ne sont pas fréquentes.

A 8 heures, voulant pratiquer un nouvel examen, nous trouvons la parturiente inondée de sang. L'hémorrhagie considérable a rougi tous les linges, le siège baigne dans une mare de sang noirâtre, qui sort par jets volumineux chaque fois que le doigt soulève la tête de l'enfant. Ce sang ne *se coagule pas*.

La femme se plaint d'avoir froid, nous lui faisons un injection d'eau très chaude et nous l'entourons de linge chaud et de boules d'eau chaude. Nous la forçons à boire des grogs qu'elle ne garde pas d'ailleurs. Elle vomit à différentes reprises.

A ce moment le ventre est très sensible, douloureux, surtout à la partie inférieure et latérale droite. La malade y porte constamment la main. De plus, il a augmenté de volume et durci.

Mlle Hénault diagnostique une hémorrhagie interne.

A 9 heures, le sang coule toujours par la vulve. M. Basset qui pratique le toucher constate que la dilatation n'a pas avancé, et une présentation du sommet en O. I. G. A. On fait des injections d'éther et l'on prépare un tamponnement en attendant l'arrivée de M. Budin.

La malade ne perdant que peu de sang, on se borne à lui faire deux injections d'éther dans l'espace d'un quart d'heure.

A 9 heures 1/2 M. Budin arrive, mais l'hémorrhagie étant arrêtée, ne fait pas le tamponnement. Il recommande de terminer l'accouchement au forceps dès que ce sera possible.

A 10 heures, le ventre volumineux et dur est très douloureux à la pression. La face est très pâle, les lèvres décolorées, de fines gouttelettes de sueur perlent sur le visage.

On fait une injection de caféïne dans la région trochantérienne et l'on donne du champagne à la malade.

A 11 heures, deux autres injections de caféïne sont faites, la femme paraît exsanguë et se refroidit malgré les linges chauds et les boules d'eau chaude. Le pouls est filiforme à peine perceptible. Il y a de la *dyspnée*.

A 11 h. 45, l'état est le même, la pâleur est extrême.

A minuit, la dyspnée augmente, le refroidissement s'accentue, le ventre toujours très gros durcit davantage. Il n'y a pas d'hémorrhagie extérieure, un peu de sang seulement souille l'ouate qui protège les organes génitaux. Les douleurs dans le bas-ventre sont plus vives, surtout à droite. La malade est très agitée, on croirait presque à du délire.

A minuit 50 m. des contractions énergiques et douloureuses se produisent, la parturiente que nous n'osions toucher de crainte d'occasionner une nouvelle hémorrhagie, nous dit qu'elle n'a pas encore ressenti de pareilles douleurs et demande si le travail avance.

Très doucement nous pratiquons le toucher et trouvons la tête presque à la vulve. Deux autres contractions et le sommet se montre à l'orifice vulvaire. La rotation est faite.

Mlle Hénault et M. Basset arrivent aussitôt. Devant l'épuisement de la malade et la distension de l'utérus qui rendent inefficaces les contractions et les efforts, ils décident de faire une application de forceps.

Très doucement et très lentement la femme est placée dans la position obstétricale. Le forceps ayant été flambé et toutes les précautions antiseptiques prises. M. Basset intervient.

A chaque cuiller qui pénètre dans la cavité vaginale un flot

du même sang noirâtre s'échappe avec violence. La quantité de sang perdu pendant cette opération peut être évaluée à près de deux litres. La tête une fois dégagée, le fœtus est bientôt hors des organes génitaux. Il est en état de rigidité cadavérique. Une abondante quantité de sang suit la sortie de l'enfant. On fait une injection vaginale très chaude. Les organes étant ainsi appropriés, on peut voir sur le côté droit de l'orifice vaginal un thrombus, de la partie supérieure duquel s'échappe un peu de sang. On applique une pince sur ce petit orifice.

L'utérus ne se contracte pas, il est largement ouvert, béant à l'orifice vulvaire. Mlle Hénault y introduit deux doigts et retire le placenta ainsi que des caillots adhérents sur toute la surface utérine.

Elle constate une mollesse très grande des parois et une déchirure sur le côté droit du segment inférieur. Après la délivrance et l'extraction des caillots, l'orifice utérin toujours béant à la vulve admettrait facilement la main tout entière.

Deux injections de six gouttes d'ergotinine sont faites en peu de temps. La malade est insensible, menacée de syncope. Il n'y a plus d'hémorrhagie extérieure. Bâillement. La malade se cramponne aux personnes qui se trouvent près d'elle.

Mlle Hénault avec les deux mains fait la compression de l'aorte au-dessus de l'ombilic aussitôt après la sortie de l'enfant. Lorsque elle est fatiguée nous prenons sa place à tour de rôle. En même temps on avait placé la tête de la malade en contre-bas, élevé le siège et les membres inférieurs au moyen de draps et d'oreillers. Compression des jambes et des cuisses au moyen de bandes.

La compression de l'aorte abdominale est ainsi continuée pendant une heure et demie.

Pendant ce temps, on fait une aûtre injection d'ergotinine et trois piqûres d'éther.

Il est 2 heures et malgré tous les moyens employés, nous ne sentons plus le pouls radial.

L'aorte abdominale est animée de pulsations faibles et de plus en plus espacées.

La dyspnée est devenue intense.

A 2 heures et demie, les bruits du cœur lui-même s'entendent à peine, de l'écume sort de la bouche de la malade, qui bientôt ne donne plus signe de vie.

Il est 2 h. 50 minutes.

Autopsie le 9 juin.

Cadavre très pâle, un peu d'œdème des membres inférieurs.

A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule un peu de sérosité louche. On enlève ensemble tous les organes du petit bassin.

L'utérus est volumineux et flasque, mal rétracté.

Les parois ont 1 centimètre seulement d'épaisseur. La cavité est vide, il ne reste ni caillots ni débris du placenta.

L'insertion placentaire existe sur la paroi antérieure de l'utérus ; son bord inférieur est à 5 centimètres au-dessus de l'anneau de Bandl.

Il n'y a pas de déchirure utérine ni dans la partie péritonéale de l'organe, ni dans sa partie sous-péritonéale. Le col est déchiré à droite et à gauche, la déchirure de gauche remonte jusqu'à l'insertion vaginale.

Rien d'anormal du côté des annexes.

Ce qui est le plus frappant c'est qu'il ne s'écoule pas une goutte de sang par les veines du petit bassin, ni à la section de la veine cave.

Le cœur est vide, un peu surchargé de graisse; le muscle et les valvules ne présentent aucune altération.

Les poumons sont le siège d'une infiltration œdémateuse, plus marquée aux sommets qu'aux bases. A la pression, la sur-

face d'une coupe laisse échapper une sérosité spumeuse abondante, fait qui est en rapport avec l'albuminurie.

Les reins sont pâles, non augmentés de volume, à l'œil nu on ne peut point reconnaître de lésion bien évidente.

Le foie est très pâle et sa coupe apparaît luisante et grasse.

Le cerveau est fortement anémié.

En somme, on ne trouve pas d'autre lésion que la vacuité presque complète du système circulatoire et la pâleur de tous les tissus.

Il serait nécessaire d'examiner le rein au microscope pour affirmer s'il y a néphrite ou non.

Observation V

Due à l'obligeance de M. le Dr Budin (inédite).

Tuberculose pulmonaire. Primipare à terme. Présentation du sommet en O. I. G. Hémorrhagie mixte abondante pendant le travail. Application de forceps avec une dilatation de six centimètres. Délivrance naturelle. Fœtus mort. Autopsie.

La nommée C... Anna, âgée de 22 ans, entrée le 14 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 30 ans, la malade ne peut dire de quoi. La mère est morte à 46 ans d'un cancer. Elle avait eu 7 enfants et fait un avortement. Quatre enfants sont morts, l'un à 8 ans, les autres en bas-âge. Deux autres sont continuellement malades.

Antécédents personnels. — La parturiente est la deuxième parmi les sept enfants. Elle a été nourrie au biberon. Elle n'a marché qu'à l'âge de 5 ans. Jusqu'à cet âge elle était très faible et souffrait de maux d'yeux.

Les premières règles ont apparu à l'âge de 15 ans; la menstruation disparut pendant un an, puis fut très irrégulière, reve-

nant tous les deux ou trois mois. Chaque période ne durait qu'une journée. La malade perdait peu de sang. Elle a eu une première bronchite à 15 ans pour laquelle elle a été soignée dans le service de M. Constantin Paul.

Les dernières règles remontent au 4 juillet. C'est la première grossesse. Le 27 décembre, la malade perdit du sang en grande quantité pendant deux jours. Quelques caillots sortirent du vagin. A la suite de cette hémorrhagie la parturiente, atteinte d'ailleurs d'une bronchite, entra dans le service de M. Potain, où l'on constate tous les signes de la tuberculose pulmonaire.

La malade n'a jamais eu d'hémoptysie, mais pendant tout son séjour dans le service de M. Potain elle a toujours continué à expectorer abondamment et à tousser. Tous les soirs on constatait de la fièvre, des sueurs abondantes.

L'amaigrissement et l'anorexie n'ont fait que croître depuis cette époque.

La malade ressent les premières douleurs le 14 avril à 8 heures du soir et dit avoir perdu une certaine quantité de liquide. A son entrée on constate que le poumon gauche est le siège de râles muqueux et de craquements occupant surtout la fosse sus-épineuse ; il existe de la matité au sommet en avant et en arrière.

A l'examen, bien que la malade n'ait marché qu'à cinq ans, on ne trouve pas de traces de rachitisme.

A la palpation, on trouve une grosse extrémité présentant les caractères du siège, au fond de l'utérus, un peu dévié à droite. Le dos est à gauche, et les petites extrémités à droite.

La tête au détroit supérieur est mobile et non engagée. Les bruits du cœur s'entendent dans le flanc gauche très en arrière.

Par le toucher on trouve un col non complètement effacé et laissant à peine pénétrer l'index. En déprimant le cul-de-sac antérieur on sent une partie dure qui ballotte facilement. La partie fœtale étant élevée, on cherche le promontoire qui n'est pas

atteint. Les douleurs sont peu vives et ne reviennent qu'à de longs intervalles. Les choses restent dans le même état toute la nuit et toute la journée suivante.

15 avril. — A 6 heures et demie on touche la malade et l'on trouve une dilatation d'environ 2 centimètres. On arrivait difficilement sur la fontanelle lambdoïde située à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit, dans lequel se trouve la suture sagittale. La tête d'ailleurs est toujours mobile et peu engagée. A 9 heures on constate une dilatation de 3 centimètres. La malade restée seule est prise à 9 heures et demie d'une violente hémorrhagie et d'une menace de syncope. L'infirmière va prévenir Mlle Jouanne, celle-ci trouve le vagin complètement rempli de caillots, qu'elle retire et donne une injection chaude. L'hémorrhagie continue et le sang imprègne 4 alèzes. M. Basset prévenu arrive. A ce moment la malade pâle, surexcitée par instants, éprouve des lipothymies. Le pouls rapide est mou et dépressible.

Le toucher démontre la présence de caillots dans le vagin, lesquels se continuent dans le col et le segment inférieur de l'utérus. La dilatation est de 5 centimètres.

On arrive sur le sommet à peine engagé. La poche des eaux ne fait aucune saillie ; elle est complètement appliquée sur la tête. De plus les membranes sont granuleuses et donnent la sensation du cuir chevelu. On donne une nouvelle injection chaude.

M. le Dr Budin, auquel on a téléphoné, vient de suite et fait immédiatement transporter la parturiente sur un lit de travail et la fait placer dans la position obstétricale.

A la palpation, il trouve l'utérus volumineux et très tendu. Il diagnostique la présence des caillots contenus dans la cavité utérine. On cherche en vain les battements du cœur du fœtus.

On entend bien en un point des pulsations, mais elles sont isochrones au pouls de la mère. Par le toucher M. Budin trouve

le col dilaté de 5 centimètres, les bords sont durs et peu exten sibles. Il est en ce moment frappé de la résistance extrême du releveur de l'anus, qui empêche un examen approfondi. Il constate de plus la présence de caillots élastiques compris entre les parois de l'utérus et les membranes. La poche des eaux est intacte, mais intimement appliquée au cuir chevelu. La suture sagittale est dans le diamètre antéro-postérieur.

Une fontanelle qui paraît être antérieure est en avant derrière le pubis.

L'extrémité céphalique au détroit supérieur est encore mobile et à peine engagée.

La femme étant mise dans la position obstétricale, les membranes sont rompues artificiellement. En même temps que le liquide, il s'échappe des caillots durs, noirs et élastiques, tout à fait caractéristiques de l'hémorrhagie interne. L'utérus étant très volumineux et tendu, M. Budin se décide, malgré l'insuffisance de la dilatation, à intervenir par une application de forceps.

L'état de la malade en ce moment est très grave. Aux menaces de syncope succèdent des périodes d'agitation extrême, ce qui ne permet pas de donner du chloroforme pendant l'opération.

Précautions antiseptiques prises du côté de l'opérateur et de la femme qui va être opérée.

Sur le conseil de M. Budin, M. Basset fait l'expression de l'utérus pour maintenir la tête immobile au détroit supérieur, cette dernière par suite de la tension des parois n'étant pas facilement maintenue à travers la région hypogastrique seule.

M. Budin introduit deux doigts de la main droite (les autres ne pouvant pénétrer dans la cavité vaginale par suite de la contraction et de la résistance du releveur de l'anus).

Ces doigts pénètrent dans l'orifice utérin.

La branche gauche, tenue de la main gauche, est introduite dans les parties générales. Elle glisse sur la face interne des

doigts en arrière et à gauche, s'insinue dans l'orifice utérin, et ce n'est que lorsqu'elle est profondément engagée que M. Budin la ramène directement à gauche et la confie à un aide.

Même manœuvre pour la branche droite, puis articulation des deux branches et de la vis de préhention.

Le tracteur est articulé assez difficilement à cause justement des branches de traction qui sont dans le vagin.

Au moment des premières tractions il s'échappe encore quelques caillots noirâtres. Les tractions faites pendant les contractions sont assez pénibles d'abord parce que l'orifice utérin n'étant pas complètement dilaté résiste, de plus le tracteur se désarticule à deux reprises différentes. Enfin après des tractions fortes et nombreuses la tête est arrivée sur le plancher périnéal.

M. Basset prend à son tour le forceps, il exerce des tractions qui font tomber le périnée, qui menace de se rompre, sans faire avancer la tête. M. Budin pratique alors le toucher et trouve la fontanelle postérieure directement en arrière.

Il fait exécuter à la tête un mouvement de rotation, ramenant l'occiput d'arrière en avant et de gauche à droite, en ayant soin de décrire aux poignées du forceps un mouvement de vielle très étendu. De légères tractions suffisent ensuite pour évacuer l'occiput puis la région sous-occipitale sous le pubis, et la tête se dégage par ses diamètres sous-occipitaux. Aussitôt après la sortie de la tête, l'occiput tourne en arrière, se met en rapport avec la région anale, puis le tronc exécute sa rotation, l'épaule droite apparaît sous le pubis et elle est dégagée la première. Les membres sont extraits sans difficulté. L'opération avait duré environ une demi-heure pendant laquelle la malade n'avait cessé de s'agiter.

L'enfant, du sexe masculin, est mort, il pèse 3,100 grammes.

M. Budin constate que le placenta commence à s'engager dans

l'orifice utérin, qui paraît régulier, et dont les bords ne présentent aucune déchirure.

On surveille la malade et au bout de trois quarts d'heure le placenta est presque entièrement dans le vagin.

Les membranes seules sont encore adhérentes. L'utérus volumineux à la palpation, remonte jusqu'à l'ombilic.

On retire le placenta et l'on trouve enfermés dans les membranes des caillots, les uns noirs et anciens, les autres récents pesant ensemble 400 grammes.

L'examen du périnée montre une déchirure de 2 centimètres, qui nécessite l'application de trois serres-fines. Le placenta est complet.

La déchirure des membranes va jusqu'à 1 cent. d'un des bords du placenta en un point très rapproché duquel s'insère le cordon. On voit sur la face utérine quelques cotylédons noirâtres, tandis que les autres sont moins foncés.

En un point du sinus circulaire M. Budin constate une rupture. On donne à la malade une injection utérine d'eau bouillie, et chaude, d'environ deux litres, suivie d'une injection d'un demi-litre de sublimé à 1/4000. On lui fait prendre des grogs. On l'entoure de boules et de linges chauds. Le lendemain la malade est pâle. Elle est affaissée et se plaint de céphalalgie.

Autopsie de l'enfant. — La section des téguments du crâne montre la présence d'une bosse séro-sanguine, siégeant sur les deux pariétaux.

La pie-mère est le siège d'une congestion considérable, mais surtout marquée à la base du cerveau.

Les plexus choroïdes des ventricules présentent une coloration noire foncée. On enlève les téguments et les muscles du cou et du dos, les colonnes cervicale et dorsale mises à nu ne présentent aucune altération.

Avant de sectionner les côtes on fait tourner la tête et on

amène le menton directement en arrière. On constate alors une torsion de la colonne cervicale, se continuant jusque dans la colonne dorsale. Ce mouvement est encore plus apparent lorsque les côtes sont coupées.

Observation VI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Budin).

4 accouchements antérieurs, tous les enfants sont morts. Grossesse actuelle de 8 mois, varices des membres inférieurs, pertes blanches. Hémorrhagie ayant apparu 2 jours avant le travail. Sommet mobile dans le liquide en O. I. D., accouchement spontané, rotation de l'occiput à gauche.

Délivrance spontanée, rupture des membranes à dix centimètres du bord. Caillot du volume d'un œuf ayant laissé une empreinte sur le placenta.

La nommée Rossbach Camille, âgée de 24 ans, blanchisseuse. Entrée le 28 janvier 1891, lit n. 8.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont vivants et bien portants. Ils ont eu 7 enfants dont 2 sont morts en bas-âge.

Antécédents personnels. — La parturiente a marché à 14 mois. Réglée à 16 ans, les règles sont régulières.

La parturiente en est à sa cinquième grossesse.

La première est une fausse couche de six mois qu'elle fit à l'âge de 17 ans. Dès le troisième mois de cette grossesse elle est prise de vomissements qui la forcent à entrer à Tenon, où elle reste pendant 2 mois.

Son traitement consistait, dit-elle, en piqûres de morphine, en bromure et en bains sulfureux. Elle sortit de Tenon dans le même état malgré l'avis du médecin, et fut dirigée sur le Vésinet.

Elle accuse le trajet qu'elle fit alors en voiture d'être la cause de son avortement.

Elle avoue pourtant n'avoir jamais senti remuer son enfant. Elle dit avoir eu des palpitations.

Elle ne peut pas dire si on trouva de l'albumine dans les urines.

Un an après elle redevient enceinte et accouche à la Charité à 7 mois 1/2 de grossesse (1886, 29 mars). La grossesse ne présente cette fois rien d'anormal, et la malade attribue son accouchement prématuré à une marche longue et fatigante sous une pluie battante, à la suite de laquelle elle se refroidit et fut atteinte d'une affection de poitrine (hémoptysies) dont on la soigna dans le service d'accouchement pendant 15 jours et dont elle s'est toujours ressentie depuis.

L'enfant est mort à un mois de méningite.

La troisième grossesse remonte à 1887. Cette fois elle accoucha à terme à l'hôpital Cochin d'une petite fille, qui mourut à 17 mois de méningite.

Le quatrième grossesse en 1889, à terme. Enfant mort à 5 mois 1/2 de méningite. A la suite de cet accouchement elle fut atteinte d'une métrite dont elle n'était pas entièrement guérie quand elle est devenue enceinte de nouveau.

Grossesse actuelle. — La dernière apparition des règles remonte au 5 mai 1890. La parturiente ne serait donc enceinte que de 8 mois et quelques jours. Elle ne peut préciser à quels moments elle sentit les premiers mouvements actifs de son enfant.

Pendant toute sa grossesse elle se plaint d'étourdissement et de douleurs dans le bas-ventre, douleurs qu'elle attribue à sa métrite antérieure. Elle a aussi beaucoup toussé. Elle a eu aussi de l'œdème assez considérable des jambes inférieures, œdème qu'elle attribue à des varices. Il y a 8 jours ses douleurs dans le bas-ventre et dans les reins augmentèrent au point de la gêner pour travailler.

Mardi dernier en se levant elle remarqua qu'elle perdait du sang. Elle perdait toute la journée, mais peu à la fois. Cette hémorrhagie cessa dans la nuit du mardi au mercredi pour réapparaître le mercredi matin, mais beaucoup plus forte à la suite d'un long trajet qu'elle fit à pied.

A ce moment-là elle perdit, dit-elle, un caillot plus gros que le poing. Cette hémorrhagie ne diminuant pas elle se présente à l'hôpital de la Charité à 2 h. 1/2 du soir. Elle est admise dans le service d'accouchement.

Elle ne souffre d'ailleurs pas, ou très peu. Car ses douleurs dans le bas-ventre ont diminué dès le début de l'hémorrhagie et les douleurs du travail ne commenceront qu'à 4 ou 5 heures de l'après-midi. Cependant M. Chatelot qui reçoit la malade et procède à son examen constate des contractions utérines. On monte la parturiente en brancard à la salle d'accouchement. C'est une femme qui paraît bien constituée, on ne trouve aucune trace apparente de rachitisme. Le ventre est assez volumineux, mais pas couvert de vergetures. Les seins sont bien développés. Sur les membres inférieurs on trouve quelques dilatations variqueuses.

Au palper, on trouve la tête mobile au-dessus du détroit supérieur, le dos à droite, les petits membres à gauche. Les bruits du cœur fœtal ont leur maximum à droite et au-dessous de l'ombilic.

Au toucher on arrive sur le segment inférieur de l'utérus. Le col a encore une longueur de un centimètre environ, mais il est perméable ; à travers son orifice on arrive sur les membranes qui sont peu épaisses, mais sur lesquelles on trouve de petits caillots sanguins qui sont ramenés avec le doigt. On arrive sur une tête qui flotte dans le liquide amniotique, et qu'on est obligé de fixer avec la main gauche pour pouvoir l'examiner. Cet examen est très incomplet, car on a peur de rompre les membranes.

On n'arrive donc sur aucune fontanelle ni suture. En sorte

qu'on suppose avoir affaire à une présentation du sommet en O. I. D. P. Sans toutefois pouvoir préciser le diagnostic.

A 4 heures la parturiente commence à souffrir. Le col s'efface complètement et la dilatation commence à 5 h. 1/2. La dilatation est de 3 centimètres, on sent la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche, on sent à droite et en arrière la fontanelle postérieure. La tête est engagée dans le détroit supérieur.

A 7 heures, la dilatation est de 6 centimètres, la situation de la tête est la même.

A 8 h. 1/4, la tête est encore élevée à 2 travers de doigt au-dessus du plancher périnéal. La dilatation est presque complète, La poche des eaux se laisse difficilement déprimer, même dans l'intervalle des contractions.

Cependant on peut reconnaître que la suture sagittale est dans le diamètre transverse. La fontanelle est accessible à droite.

La rotation est commencée.

Cinq minutes plus tard, la poche des eaux se rompt spontanément, et aussitôt, en une contraction, la tête descend sur le périnée et apparaît à la vulve. La rotation est terminée. Immédiatement et sans accident la tête sort et fait sa rotation à gauche. Je l'abaisse fortement pour dégager le bras antérieur, et je relève le fœtus dont le tronc est rejeté sur le lit.

L'enfant vivant et bien portant pèse 2770 grammes.

Avant qu'on ait eu le temps de couper le cordon le placenta est expulsé spontanément. En même temps que les membranes il se dégage un caillot assez volumineux, d'aspect un peu piriforme, s'étendant du bord du placenta à l'ouverture des membranes.

Les membranes sont complètes et sont d'ailleurs rompues à une dizaine de centimètres du bord du placenta.

Le placenta est volumineux, il pèse 650 grammes.

Sur le bord inférieur du placenta se trouve un caillot sanguin, noirâtre, de la grosseur d'un œuf ; ce caillot qui n'est pas de

date récente, laisse sur le bord du placenta une empreinte cupuliforme, ovoïde, d'environ 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur.

Le cordon est assez court et mesure 45 centimètres. Il est gros, ce qui nécessite une ligature élastique.

Observation VII (Loir, aîné).

(*Revue médicale*, 1844).

La dame Darbet, âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, est devenue enceinte pour la première fois. La grossesse, qui datait du mois de septembre, n'avait rien offert d'anormal. Il n'existait ni enflure aux jambes, ni varices ; la malade se plaignait seulement de quelques maux de tête et de bourdonnements d'oreilles et d'éblouissement de temps en temps. Il existait une légère bouffissure de la face, dont le Dr Loir ne crut pas devoir tenir compte. Du 3 au 25 du mois d'avril, les symptômes de pléthore prirent plus de caractère, et le 25, les accès de céphalalgie, les éblouissements et les bourdonnements d'oreilles ayant augmenté de fréquence et d'intensité, la face étant bouffie, avec une teinte légèrement livide, et le pouls étant plein et développé, une saignée de deux palettes fut pratiquée au bras. Quelques instants après, la malade éprouva un malaise subit et une sensation extraordinaire dans le bas-ventre. Après quelques heures de repos elle se leva.

A partir de ce moment, elle ne sentit plus remuer son enfant.

Les troubles de la vue et l'affaissement général ont persisté. Le 30 avril, le Dr Loir constata l'existence du souffle placentaire, ainsi que les battements du cœur du fœtus. Quelques jours plus tard, la santé de la malade paraissait rétablie ; la femme crut sentir remuer son enfant.

Le 3 mai. — En faisant sa promenade habituelle, elle éprouva tout d'un coup une sensation pénible dans le bas-ventre, une sorte de saisissement général. Elle se hâta de rentrer chez elle. Dès lors, elle s'est plainte d'une sensation de pesanteur sur le rectum avec douleurs s'irradiant vers les reins. Le lendemain, augmentation de tous ces phénomènes; la nuit, survinrent des nausées et de l'agitation, de l'insomnie, des syncopes. Le médecin arrivé à 3 heures est frappé de la pâleur de la malade, de la petitesse de son pouls, du refroidissement de ses extrémités.

Le ventre n'est pas augmenté de volume. Le globe utérin s'élève à peine au-dessus de l'ombilic. Il est arrondi; sa dureté augmente au moment des contractions. Le col n'est point effacé; la dilatation égale à peine la grandeur d'une pièce de 20 centimes : le pourtour de l'orifice cervical est très résistant. Il n'y a pas d'écoulement vaginal.

Les heures suivantes et jusqu'au lendemain, l'état de la malade s'aggrava. Les battements du cœur fœtal ne s'entendent pas. Dans la matinée du 5 le pouls a faibli encore davantage, les syncopes surviennent dès que la malade se met sur son séant. L'hypothèse d'une hémorrhagie interne était la seule qui expliquait tout ce que le Dr Loir venait d'observer. Son collègue, le Dr M..., appelé en consultation, pensa qu'il s'agissait d'une fièvre grave, et conseilla l'expectation.

Nulle amélioration pendant la journée du 5. La malade se plaint de nuage devant les yeux ; les douleurs des reins et le sentiment de pesanteur vers le fondement et la vessie sont les deux symptômes prédominants ; l'anxiété épigastrique semble diminuée. Pendant la nuit, on cherche à accélérer la dilatation du col ; lorsque celle-ci atteint les dimensions d'une pièce de deux francs, la poche des eaux se présente.

Le Dr Loir la rompt prématurément, pour accélérer le travail, et il s'en écoule une quantité très minime d'une sérosité brunâ-

tre. Cette opération n'a pas eu pour effet de rendre les douleurs plus fréquentes ni plus longues. Au contraire, les contractions étaient presque nulles. La dilatation du col ne progressait que lentement, l'utérus n'avait pas sensiblement augmenté de volume, cependant il était devenu plus rénitent, plus tendu que la veille ; on ne constatait pas, dans l'intervalle des douleurs, la mollesse qu'on observe habituellement.

Le Dr Loir chercha à accélérer la dilatation par l'intervention digitale.

Mais voyant que ce moyen, ainsi que l'emploi de l'ergot, ne produisaient pas d'effet, et que l'état général de la malade s'aggravait, il se décida à terminer l'accouchement.

Le col de l'utérus étant trop résistant pour toute l'introduction de la main, il l'abaissa et le fendit à droite et à gauche, puis introduisant la main gauche, il constata la présentation de la tête, amena le pied gauche, puis le droit, et termina l'accouchement avec facilité et promptitude. L'enfant était mort, le cordon enroulé deux fois autour de son cou, et tellement court, que l'enfant se trouvait retenu près de la vulve.

Pendant la version, il s'écoula un sang fluide, mêlé de quelques caillots, mais avec l'enfant, et après son extraction, sortit une grande quantité de sang liquide noir et de caillots, difficile à évaluer. Il n'y avait pas trace de liquide amniotique. Avait-il été absorbé à mesure que l'épanchement sanguin s'était fait, ou bien avait-il fui au-dehors d'une manière insidieuse? M. Loir ne tend pas à admettre cette dernière hypothèse. Donc la diminution de ce liquide a dû favoriser l'épanchement, et pourrait expliquer l'augmentation peu appréciable du volume de l'utérus malgré un épanchement assez considérable pour déterminer la mort.

Le placenta adhérait encore en partie. Ramené, il était entier, tout recouvert de sang sur sa face utérine, et offrait vers son centre une grande cavité remplie de caillots. Deux autres épan-

chements, plus petits, se trouvaient dans le voisinage. Le sang y était infiltré, sans communication avec l'extérieur.

La mère expira quelques instants après l'accouchement.

L'enfant, du sexe féminin, offrait le développement d'un fœtus de 8 mois. Ne présentait aucune trace de putréfaction. Sa mort ne devait dater que de quelques jours tout au plus.

Observation VIII (Kortright).

(*Brooklyn M. J.*, 1890, p. 646).

Mme S..., âgée de 24 ans, arrivée à sa deuxième grossesse. Au huitième mois et demi de cette grossesse son premier enfant a fait une chute dans l'escalier, et la mère fortement effrayée, fut prise instantanément d'une douleur intense dans le dos et le côté gauche, suivie bientôt de vomissements, pâleur, agitation et syncope. Cinq heures plus tard, un filet de sang s'écoulait par le vagin d'une façon continue.

J'ai vu la malade 23 heures après la chute de l'enfant. A ce moment, l'abdomen était tendu et douloureux à la pression. La tumeur utérine atteignait l'apophyse xiphoïde. La dilatation du col était de la dimension d'une pièce de cinq francs. Toutes les six minutes survenaient des douleurs utérines faibles.

Les membranes étaient intactes.

Le pouls battait 132. Entre les contractions, le sang s'écoulait par la vulve.

On rompit les membranes et, aussitôt, les douleurs utérines sont devenues plus fortes. Le pouls descendit à 104, et deux heures plus tard la tête était engagée dans le vagin. Administration de cognac et d'ergot par la bouche et en injection hypodermique. Les membres inférieurs de la femme furent bandés et la tête abaissée.

Le forceps fut appliqué avec une traction ne dépassant pas dix livres.

Le placenta suivit immédiatement l'enfant, il en fut de même d'une masse de caillots du volume d'une tête d'adulte.

Après l'extraction, il n'y eut aucune contraction. L'utérus correspondait exactement à la comparaison classique d'un *chiffon mouillé*.

Une injection chaude d'une solution étendue de teinture d'iode n'eut pour tout résultat que la contraction du vagin. L'aorte abdominale fut comprimée, et l'utérus exprimé par le procédé bimanuel, abdominal et intra-vaginal. Plusieurs injections hypodermiques d'ergotine furent faites, et l'on se préparait à faire la transfusion du sang, lorsque la femme succomba. L'enfant, naturellement, était déjà mort.

Observation IX (Swayne).

Bristol Med. Chir. J., 1889.

Le 3 avril 1886 vers 1 h. du matin j'ai été appelé en consultation, par le Dr Elliott, auprès d'une dame qu'il soignait, Mme E., primipare. A mon arrivée je l'ai trouvée sans pouls et en état de collapsus. Elle avait eu des pertes de sang abondantes et les draps en étaient trempés. Le Dr Elliott m'a appris que la veille il avait constaté une quantité très considérable d'albumine dans ses urines. Il m'a dit que le début du travail avait été accompagné d'hémorrhagie externe abondante, mais sans douleurs vraies suffisantes, et ajouta qu'il avait rompu les membranes. Après mon arrivée il n'y a eu qu'une perte minime de sang.

La dilatation offrait les dimensions d'une pièce de monnaie anglaise intermédiaire entre 2 et 5 francs. Le Dr Elliott avait tenté l'introduction du forceps pour hâter l'accouchement, mais la dilatation n'était pas suffisante pour laisser passer les deux bran-

chès. La femme se trouvait alors dans un état de collapsus profond. Les injections d'éther et l'application de fomentations chaudes à la région précordiale n'eurent aucun effet. Elle succomba à 2 heures de l'après-midi. Pendant qu'elle était moribonde le Dr Elliott fit la version et l'accoucha d'un enfant mort et la délivra ensuite.

Observation X (Bassett).

(*Trans. obstetr. Soc. of London*, 1872-1873, p. 58-59).

A la suite d'une promenade, Mme E... ressent, à 11 heures du matin, une vive douleur dans le bas-ventre. Bientôt les symptômes s'aggravent et la femme tombe en collapsus. Les traits sont tirés, la peau froide, le pouls imperceptible. La malade se plaint d'une forte douleur dans la région épigastrique et d'une sensation de tension abdominale avec étouffement.

Au toucher il n'y a rien d'anormal. Le volume du ventre n'est pas augmenté, il n'y a pas de travail, 2 heures plus tard, il y a contractions manifestes, avec suintement de sang par le vagin.

On fait une pression sur le ventre, les membranes sont rompues, et l'on administre l'ergot. La gravité du collapsus impose une délivrance immédiate, mais le col reste fermé, il est impossible d'y introduire la main. La femme meurt non délivrée : 7 heures après le début du travail.

Autopsie. — 1/3 du placenta était décollé, aplati, dur, dégénéré. Une grande quantité de caillots recouverts d'un dépôt jaunâtre, remplissait le cul-de-sac formé par le placenta et les parois utérines. Les membranes n'étaient pas décollées à la partie inférieure. L'hémorrhagie était purement interne.

Observation XI (*Weatherly*).

(*Brit. med. journal*, 1878).

Le Dr Weatherly a été appelé chez une femme de 34 ans, qu'il trouva froide, sans pouls, les jambes œdématiées, l'abdomen extrêmement distendu. Depuis 4 heures la malade ressent des douleurs dans les reins, qui s'affaiblissent depuis une heure, et vomit sans cesse.

Le médecin apprend que depuis quelques semaines elle urine fort peu. La veille elle avait glissé dans un escalier, et depuis, ne sentait plus remuer l'enfant.

A l'examen, le col était mou, dilaté à peu près comme une pièce de 1 franc. La tête se présentait. Les membranes étaient déchirées depuis quelques heures, et le liquide amniotique était teinté de sang. On ne trouve pas de placenta au niveau du segment inférieur.

Après cet examen, un petit écoulement de sang se fait par le vagin. On n'entend pas les battements du cœur fœtal. On diagnostique une hémorrhagie interne, suite de décollement placentaire.

L'ergot de seigle administré plusieurs fois par la bouche, était rendu immédiatement par la malade.

L'état de la femme exigeait une intervention immédiate. On a donc fait la dilatation digitale du col, pendant 2 heures, suivie de la version.

On a trouvé alors le placenta complètement décollé, dans le fond de l'utérus, qui était rempli de gros caillots. L'enfant a été extrait mort. Son extraction a été suivie d'un écoulement de sang considérable, puis la femme commence à délirer et meurt quelques heures plus tard. Le fond de l'utérus était rem-

pli par de gros caillots, dont quelques-uns très durs, fibrineux. Le placenta était recouvert par places, par des particules jaunâtres, graisseuses.

Observation XII

(Palardy, *Union médicale du Canada*, 1891, n. 5).

Une femme, âgée de 37 ans, arrivée au terme de sa treizième grossesse, a éprouvé dans la nuit (vers 3 h. du matin) un malaise dans la région utérine. Le même jour, vers 4 heures de l'après-midi « la femme s'était sentie frappée par des douleurs au ventre et par de la céphalalgie intense, en même temps qu'un jet de sang jaillit à l'extérieur », ce qui fit croire au mari qu'il y avait apoplexie, la femme ayant perdu connaissance.

A 7 heures 1/2 de l'après-midi, le Dr Palardy était auprès de la malade.

Il trouva une femme exsangue, à face très pâle, presqu'en syncope; pouls petit et faible. Il y avait du sang extravasé sur le plancher, mais pas en quantité suffisante pour expliquer l'état de faiblesse extrême où elle se trouvait. On procéda à l'examen vaginal. L'orifice du col avait près de 4 centimètres de diamètre environ. La poche des eaux se forma, le vertex se présenta.

On constata l'absence du placenta au niveau du segment inférieur. L'écoulement sanguin était peu marqué, la main revenait simplement rougie de sang. Il y avait des tranchées assez fortes, accompagnées chaque fois d'une douleur fixe, accentuée surtout au fond de l'utérus du côté droit. La femme pâlissait de plus en plus, la respiration devenait laborieuse. Les tranchées continuaient à se montrer toutes les dix minutes, peu actives, mais régulières. Par quelques tractions on a hâté la dilatation du col. A 8 heures et demie la poche des eaux était rompue. La tête s'en-

gagea sous les efforts utérins, et boucha l'orifice du col ; le sang ne s'écoulant plus au dehors, s'amassa à l'intérieur. La faiblesse continuait. On hâta l'accouchement, et une demi-heure après la rupture des membranes, la femme accoucha.

L'enfant était mort, exsangue, bien conformé, à terme. Dix minutes plus tard on a fait l'extraction de l'arrière-faix, une seule traction légère a suffi ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

A la suite du placenta viennent quatre gros caillots de sang, dont deux d'une apparence noirâtre, et deux plus gros d'un rouge vermeil, pesant près de trois ou quatre livres, et de consistance solide suffisante pour garder leur forme. D'après ce que l'on a pu voir, cette femme a perdu dans cette couche, cinq livres de sang ou au delà.

La moitié du placenta était décollée prématurément et était recouverte de caillots noirâtres.

La constitution de la femme étant forte, elle se remit complètement de cette perte.

Observation XIII (Meyer).

(*Corresp. Blatt. f. Schweiz.* Aerzte, 1891).

J'ai été appelé en consultation chez une femme de 34 ans, à sa septième grossesse.

Depuis 24 heures elle perdait du sang ; cette perte était accompagnée de très fortes douleurs. Elle croyait être à terme dans huit jours ; sa grossesse était absolument normale. Cependant, cinq semaines auparavant elle avait fait une chute qui n'avait pas retenti d'une façon appréciable sur sa grossesse, mais lui avait laissé une douleur constante au coude droit, qu'elle ne pouvait plus remuer librement. Trois jours avant que je ne fus appelé, un chirurgien, après de longues tentatives de réduction faites sous le chloroforme, avait réduit le cubitus luxé. A partir de cette intervention elle avait ressenti des douleurs dans le ventre, et des

contractions spasmodiques, qui depuis 24 heures sont devenues très fortes et s'accompagnaient d'un écoulement de sang. Depuis 12 heures, le sang s'écoulait presque sans interruption. Depuis la veille la femme ne sentait plus remuer son enfant.

J'ai trouvé une femme exsangue, au teint jaunâtre et aux traits tirés. Son pouls très faible, par moments inperceptible, battait 140. Quand on lui soulevait la tête elle avait le vertige et tombait en défaillance. Ses sens étaient émoussés ; elle était immobile, indifférente et s'apercevait à peine de ses vomissements. L'utérus était fortement distendu ; on ne sentait aucune partie fœtale ; matité à la percussion. On n'entendait plus les battements du cœur fœtal. Le segment inférieur de l'utérus était distendu, comme un ballon ; l'orifice cervical externe permettait l'introduction de deux doigts, ses bords étaient très tendus et minces, comme chez une primipare ; la poche des eaux extrêmement tendue bombait dans l'orifice utérin. Impossible de déterminer la présentation. On ne pouvait atteindre non plus le placenta.

Mon collègue a tamponné le vagin avec du coton ; malgré cela il s'en écoulait toujours un peu de sang liquide d'une constitution aqueuse. On ne pouvait plus méconnaître l'hémorrhagie interne par suite d'un décollement placentaire. Il aurait été dangereux d'attendre plus longtemps. Je pénétrai avec deux doigts à travers l'orifice utérin, perforai les membranes et retirai le pied d'un enfant qui se présentait en O. I. D. P. Le liquide amniotique, un peu coloré en rouge, s'écoula en grande quantité.

Ma main étant à l'intérieur de l'œuf, je sentis tout son côté droit soulevé par des masses molles qui le séparaient des parois utérines.

Je procédai très lentement à l'extraction du corps à travers un orifice qui cédait facilement, et je perforai la tête de l'enfant qui était certainement mort. La tête a été facilement extraite, elle a été suivie par le délivre et par quelques caillots sanguins.

Je réintroduisis la main dans l'utérus et j'ai trouvé que son côté droit était distendu en forme de sac par une masse considérable de sang. Toute la masse de caillots mous et noirs qui remplissait la matrice fut alors extraite ; puis au moyen de frictions et d'injections on provoqua la contraction du lieu d'implantation du placenta.

A ce moment la femme est devenue si faible que l'on sentait à peine son pouls, mais petit à petit elle s'est rétablie. Les suites de couches ont été normales.

La partie utérine du placenta était recouverte par des caillots noirs adhérant plus fortement que d'ordinaire. Les membranes étaient recouvertes sur une zône assez large autour du placenta par des caillots semblables, ce qui démontre que cette partie des membranes était décollée en même temps que le placenta. Les membranes étaient déchirées loin du bord placentaire.

Les caillots enlevés, le placenta offre une surface normale recouverte par la caduque ; rien de particulier sur cette dernière. Mais le placenta tout entier semble mince et aplati.

Observation XIV (Schauta).

(*Bulletin Médical*, 1892 n. 55).

Une femme de 44 ans, enceinte pour la neuvième fois, était arrivée au terme de sa grossesse.

Elle fut prise brusquement d'une abondante hémorrhagie par les voies génitales.

Un médecin appelé aussitôt soupçonna l'existence d'un placenta prævia, et fit transporter de suite la malade à la clinique du professeur Schauta.

Là, on constata qu'elle présentait les signes d'une anemie

profonde, une grande pâleur, de nombreuses pétéchies cutanées, et des ecchymoses aux membres et à la région lombaire. L'utérus semblait très volumineux ; il remontait jusqu'à l'appendice xiphoïde et s'étendait de chaque côté au delà de la ligne mamelonnaire ; sa paroi était tendue, comme lorsqu'elle se contracte d'une manière tétanique ; de temps à autre survenaient des douleurs qui exagéraient cette tension. Il était impossible de sentir les parties fœtales par la palpation, assez nettement pour déterminer la position du fœtus, dont les bruits cardiaques ne pouvaient être constatés.

Par les voies génitales, il se faisait un écoulement de sang continu, mais modéré, qui par lui seul, ne pouvait expliquer un si profond état d'anémie.

Le col laissait pénétrer deux doigts ; on constatait une présentation du crâne, et aussi haut que le doigt pouvait remonter on ne trouvait pas trace du placenta. La vessie contenait une certaine quantité d'urine albumineuse.

M. Schauta diagnostiqua une hémorrhagie intra-utérine et chercha d'abord à relever les forces de la malade par une injection sous-cutanée de 350 grammes de solution physiologique de sel marin. Puis, comme la dilatation du col ne se complétait pas, ne voulant pas faire d'incision sur l'utérus, il procéda à l'extraction de l'enfant, grâce à une crâniotomie. L'enfant, mort avant l'intervention, pesait 3,750 grammes.

Après cette extraction, M. Schauta alla de suite à la recherche du placenta, qui était entièrement décollé, et il vit s'écouler de l'utérus plus de deux kilogrammes de sang liquide ou coagulé. L'utérus se contracta aussitôt, mettant ainsi fin à l'hémorrhagie, mais la femme succomba au bout d'une heure.

A l'autopsie on trouva, entre autres lésions, une néphrite très marquée. D'autre part, le placenta, qui s'insérait sur la paroi antérieure de l'utérus à une hauteur normale, présentait les tra-

ces de nombreuses hémorrhagies interstitielles antérieures.

Observation XV (Freudenberg).

(*Archiv. für gynœk.*, 1885-86).

Mme T..., âgée de 41 ans, née de parents bien portants, réglée pour la première fois à 17 ans, et depuis, tous les mois, pendant 3 ou 4 jours, régulièrement et sans douleur. Mariée à 26 ans. Sa première grossesse a été normale, sauf un développement très accusé du ventre. Elle accoucha d'un enfant à terme. Pendant l'accouchement on a dû rompre les membranes pour vaincre leur résistance. La même chose a eu lieu pendant ses accouchements ultérieurs.

Vers la fin de sa neuvième grossesse elle était occupée à sa lessive, courbée toute la journée sur son baquet. Le soir, exténuée de fatigue, elle se met au lit, et ressent bientôt une grande faiblesse. La sage-femme mandée en toute hâte constata une hémorrhagie et fit un tamponnement. Un médecin arrivé un peu plus tard, enleva le tampon et diagnostiqua un placenta prævia ; il refit alors le tamponnement et envoya la malade à l'hôpital. On constate à son arrivée un pouls très faible, et l'on prescrit le repos et des stimulants.

Le lendemain matin, pas de douleurs.

Le ventre proémine d'une façon exagérée, surtout au point qui correspond au fond de l'utérus. Il y a dyspnée.

Au toucher on sent une grosse extrémité fœtale, mais la palpation ne révèle pas de parties fœtales au fond de l'utérus, bien que celui-ci paraisse mou et dépressible. A 8 heures du matin les douleurs commencent.

L'état de la malade s'améliore. Le tampon enlevé n'est presque pas teinté de sang. L'hémorrhagie a cessé. La dilatation du col offre les dimensions d'une pièce de 2 francs. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes. A 9 heures, la dilatation dépasse

les dimensions d'une pièce de 5 francs. On ne trouve pas le placenta, mais en introduisant le doigt très haut entre les membranes et l'utérus dans l'intervalle des contractions, on pouvait sentir en avant et à droite, un caillot qui paraissait se prolonger en haut. A ce niveau il était très difficile de distinguer les parties fœtales, car elles fuyaient, et ne donnaient aucune sensation précise. Les battements du cœur fœtal ne peuvent être perçus non plus.

A 10 h. 1/2, la dilatation du col ayant augmenté et l'état de la femme paraissant très satisfaisant, on procède à la rupture des membranes qui sont très résistantes.

Un liquide incolore s'écoule en petite quantité, bientôt après apparaissent les pieds dont les talons sont dirigés en avant ; la grosse partie fœtale sentie à droite et en avant devait donc être un siège.

Malgré la rupture des membranes les douleurs ont disparu.

La partie inférieure de la matrice s'appliquait plus intimement sur le fœtus, mais sa partie supérieure contenant, selon toute probabilité, le placenta et une grosse masse molle, était volumineuse et proéminente comme auparavant. Peu de temps après les douleurs reviennent, le col se dilate et en quelques contractions le siège et le tronc sont expulsés, on abaisse les bras et on extrait la tête sans difficulté.

L'enfant est mort et macéré.

L'expulsion de l'enfant est suivie de l'écoulement d'une petite quantité de liquide amniotique mais il n'y avait pas de sang.

Pendant tout le temps du travail la main du médecin restait appliquée sur l'utérus.

Après l'expulsion de l'enfant l'utérus s'élevait encore jusqu'à l'ombilic et était tellement distendu, qu'on pourrait croire qu'on avait affaire à une grossesse gémellaire. Mais au palper on ne sen-

tait aucune partie dure qui pouvait éclairer l'accoucheur sur le contenu de l'utérus.

On saisit l'utérus entre les deux mains et on produisit une pression énergique dans la direction de l'orifice : un gros caillot noir, d'une odeur fétide, fut expulsé ; il pesait 1590 grammes.

La matrice diminua considérablement de volume.

Une légère pression a été suivie de l'expulsion du placenta et des membranes.

La rupture des membranes était presque centrale.

Le placenta était inséré par conséquent au fond de l'utérus. L'hémorrhagie se produisit entre le placenta et la matrice.

Le caillot se trouvait sur la paroi antérieure à droite, on pouvait le sentir au toucher et le prendre pour un cotylédon placentaire.

Les membranes étaient entières. Le liquide amniotique présentait une couleur normale.

L'utérus avait une forme ovalaire, La surface externe du placenta était recouverte de caillots noirâtres. Le cordon était inséré sur le bord ; sa longueur était de 71 centimètres.

Le placenta pesait 675 grammes.

L'enfant, bien développé, paraissant être à terme, présentait des signes d'asphyxie ; il pesait 3400 grammes, sa longueur était de 58 centimètres.

Les suites de couches étaient normales. Quinze jours après l'accouchement la malade a pu quitter la clinique.

Numéros	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse	Causes du déco'lement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité du sang	État du placenta.	Observations	Auteurs
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents e accouch.	La mère.	L'enfant.				
1	30	Pr.	7 1/2	Enf. mort.	Dilaté p. 2 fr.	Dilatat. complète.	S.	Accouchement spontané.	1/2 h	2 j.	V	M	Après la délivrance, on retire de gros caillots qui remplissaient l'utérus. Hémorrhagie externe peu abondante.	Le placenta de teinte apoplectique, présente près de sa circonférence une excavation large et peu profonde. Les membranes sont complètes.	Son enfant avait cessé de remuer 3 jours avant son entrée à la clinique. On constate chez la femme un léger œdème des malléoles. Pas d'albumine.	Service de M. Tarnier.
2		3	7					Accouchement spontané.			V	V	Un léger écoulement externe. 1050 gr. de caillots apr. la délivrance.	Le placenta large et mince, mesure dans tous les diamètres 21 cent. Les membranes se sont rompues d'un côté à 5 cent. du bord placentaire.	Œdème des jambes quelques jours avant le travail. Pendant le travail écoulement sanguin entre les contractions.	id.
3	27	2	7 env.	Métrite.	Dilaté p. 2 fr.	Dilatat. complète, ruptur. spont.	Siège complet.	Accouchement spontané.	0	9 h.	V	V	Léger écoulement externe, un caillot noir (7 cent. sur 9) sur la face utérine.	Placenta 430 gr., diam. 20 cent., épaisseur 1 cent. au niveau de la dépression. Tissu placentaire fortement comprimé, atélectasié au niveau de la dépression, pas d'altérations albuminuriques interstitielles. Un caillot noir occupe une loge sur le bord placentaire.	Albuminurie pendant sa première grossesse. Grossesse actuelle, au 5e mois, hémorrhagie qui a duré 3 jours, sans cause connue. Dès lors, douleurs abdominales persistantes. Urines normales au moment de ce dernier accouch.	id.
4	21	1	9	Albuminurie	Admet un doigt.	Dilatat. complète.	S.	Injections d'éther et de caféine. Applicat. de forceps à la dilat. compl. Après la	0	6 h 1/2	M	M	Hémorrhagie considérable, caillots nombreux. Plusieurs litres de sang.		Entrée à 6 h. 1/2 du soir, morte à 2 h. 50 du matin. Autopsie. Les reins ne présentent pas	*Budin* (Obs. in.).

Numéros	Age	Nombre de grossesses	Époque de la grossesse	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta	Observations	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupture des membr. et accouchem.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
								délivrance, injections vaginales chaudes, injections d'ergotinine. Compress. de l'aorte pendant une 1 h. 1/2.							de lésions visibles à l'œil nu. L'enfant est né en état de rigidité cadavérique.	
5	22	1	9	Tuberculose pulmonaire (efforts de toux).	Admet. à peine un doigt.	Dil. 6 cent.	S.	Injections vaginales chaudes. Rupture des membranes (dil. 6 c.) suivie d'une application de forceps. Après la délivrance, injection intra-utérine d'eau chaude, inject. d'un demi-litre de sublimé à 1/4000	0	26 h.	V	M	Hémorrhagie externe considérable. Nombr. caillots avant l'accouchement 400 gr. de caillots au moment de la délivrance.	Délivrance spontanée. Le placenta est complet, sur sa face utérine quelques cotylédons noirâtres. Le sinus circulaire présente en un point une rupture.	A 5 m. 1/2 perte avec expulsion de caillots.	id.
6	24	5	8	Métrite antérieure (efforts de toux).	Perméable	Dil. compl.	S.	Accouchement spontané.	0	36 h.	V	V	Hémorrhag. externe peu considérable. Un caillot adhérent au placenta.	Le placenta pèse 680 gr. sur son bord inférieur, un caillot sanguin noirâtre, qui laisse une empreinte cupuliforme (4 cent. sur 3).	Première gros. avortement. 2e, 3e, 4e grossesses enfants morts de méningite. A la suite de sa 4e gros elle fut atteinte de métrite.	id.
7		10		Albuminurie.	Ouvert et ferme.	Rupture des membranes.	S.	Rupt. des membranes, injections chaudes à 48° d'eau boriquée.	2 h.	7 h.	M	M	Hémorrhag. externe. Grande quantité de sang coagulé.	Placenta inséré au fond. Une partie est décollée.	En examinant la femme, Mme Henry a senti en arrière de l'orifice, un relief ressemblant à un point du bord	Mme *Henry* (Ann. de gynéc. et d'obst., 1891).

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	Etat du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations	Auteurs
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
															placentaire. L'autopsie a démontré que c'était un caillot sanguin, et non pas le placenta, qui était inséré au fond	
8		10	9	Albuminurie.	Col long, ouvert.	Dilatat. presq. compl. Rupt. spont.	S	Injections d'eau bouillie à 48°	0	15 h. 3/4.	V	M	Hémorrhag. externe. Sang sorti derrière le placenta 1000 gr.		Enfant macéré.	Id.
9				Néphrite.	Col long, ouvert; orifice interne fermé.	Dilatat. compl. Rupt. spont.	S		0	3 j. 1/2.	V	M. peu de temps après naissance.	Hémorrhag. externe 600 gr. de caillots.	Placenta petit. Sa face utérine présente une dépression en cupule, limitée par un rebord saillant. Au niveau de cette dépression, les cotylédons sont aplatis, affaissés et décolorés.	Plusieurs accouchem. antérieurs, accompagnés d'hémorrhagie.	id.
10	30	3	9	Une longue course à pied avec son enfant de 3 ans sur les bras		A peine plus grand que la paume. De forme elliptique	S	Accouchement spontané.	15 m.	10 h. 1/2.	V	V	Un flot de sang ayant traversé 3 matelas. 670 gr. de caillots.	Le milieu de la face utérine du placenta est recouvert de caillots qui s'étendent en un point jusqu'à sa partie marginale. Les membranes sont rompus centre pour centre.		*Moreau* (th. de Paris, 1888. Obs. I).
11	38	6	7			Dilatat. compl.		Accouchement spontané.	5 m.	4 j.	V	M	Une abondante perte de sang. 650 gr. de caillots	Sur les bords le tissu plac. est sain et conserve son épais-		Id. Obs. II

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang	État du placenta.	Observations	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Debut des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
														seur normale. La partie centrale est plus mince et détruite par places.		
12	32	2	7 1/2	Émotion violente.	Légèrement entr'ouvert.	Dilat. complète. Rupture spontanée.	S	Accouchement spontané.	0	19 j.	V	V	Suintement pendant 15 j. 150 gr. de caillots après la délivrance.	Une partie du placenta, large comme une pièce de 5 fr. et siégeant sur le bord de l'organe est recouverte de caillots adhérents.		*Moreau* (Th. de Paris, 1882. Obs. IV).
13	33	Multipare.	8 1/2	Grossesse gémellaire			1) dos, 2) siège.	1er enf. version. 2e — R. des membranes.	0	2 j.	V	V V	Au moment de la rupture des membr. un flot de liquide rouge.	Deux placentas séparés. Deux poches superposées. La cloison était imbibée de sang et de petits caillots. Ce sang provenait du bord inférieur du second placenta.		id. Obs. V
14	34		8	Albuminurie.		Rupture spontanée prématurée.	S	Accouchement et délivr. spontanés.	5 h. 1/2		V	M	Après le délivre s'échappent des caillots et du sang liquide un peu plus qu'un litre en tout.	Le placenta était recouvert sur sa face utérine de caillots ; l'un d'eux (8 cent. sur 5) était adhérent et s'était creusé une sorte de loge dans le tissu placentaire.	Vers la fin du 7e mois œdème. Epistaxis abondantes pendant une semaine. Vers le fond de l'utérus quelques fibromes superficiels.	Id. Obs. XII
15	20		6 1/2	Albuminurie. Dégén. fibro-graisseuse du placenta.		Dil. comp. Rupture spontanée.	S	Tampon vaginal (mouchoir roulé). Compresses froides sur le ventre et les	0	16 h.	V	m	Hémorrhagie externe abondante. 250 gr. de caillots derrière le plac.	La partie insérée au fond de l'utérus présente une dégén. fibro-graisseuse, l'autre moitié est recouverte	Depuis un mois les jambes sont enflées tous les soirs. Albuminurie antérieur à la gros-	Id. Obs. XIII

Numéros	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	Etat du col au moment		Présentation	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
								cuisses. Injections vaginales chaudes.						de caillots mous friables.	sesse persiste. L'albumine disparaît 5 jours après l'accouchement.	
16		1	9	Albuminurie.		Dilatat. compl. rupt. spont.		Accouchement et déliv. spontanés.	0	10 h.	V	M	Hémorrhagie avant l'accouchem. avant et après la délivrance.	Placenta présentant une légère teinte verdâtre ; des caillots fibrineux à la périphérie et une dépression centrale.		*Moreau* Obs. X.
17	30	4	8			Dilatat. compl. rupt. spont.		Rupture artif. des membranes au moment du travail. Accouchement et délivrance spontanés.		12 h.	V	M	Hémorrhagie très abond. Expulsion de gros caillots pendant la délivrance.	La surface utérine est recouverte de nombreux caillots peu adhérents. 4 foyers hémorrhag. remplis par des caillots noirs.	Albuminurie dans les 3 accouchements antérieurs.	Id. Obs. XI.
18				Albuminurie.		Rupt. memb. à 9 h. Dilatat. compl. à midi.	S.	Rupt. artif. des membr. 3 h. 1/2 plus tard accouchement et déliv. spontanés.			V	M	Écoulement de sang et expulsion de caillots volumineux avant l'accouch. Hémorrhag. post-partum.	Le placenta, d'une teinte verdâtre, est couvert de caillots fibrineux et présente une légère dépression centrale.		*Dumarcet* (Thèse de Paris, 1892 obs. V).
19	27	1	7	Albuminurie. Eclampsie.	Long. 1 cent. orif. ext. perméable.			Narcotiques pendant 10 h.			M. en 10 m. non délivrée.	M	Une quantité considérable de sang derrière le placenta.	Le placenta est décollé presque entièrement. L'hématome a pris naissance dans le tissu placentaire tout près de la face fœtale :	Depuis 2 jours troubles de la vue, céphalées, nausées. Depuis 24 h. plus. accès éclamptiques. Œdème des	Id. Obs. VII.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accid'nts et accouch.	La mère.	L'enfant.				
														il s'est propagé ensuite vers la face utérine, qu'il a décollée.	memb. inférieurs.	
20	20	1	8 1/2	Albuminurie.	Dilatat 2 fr.	Dilatat. 2 fr.	S	Rupt. des membranes Accouch. spontané.			V	M	Hémorrhag. externe abondante. Derrière le fœtus 150 gr. de caillots sont expulsés.	La face utérine présente 2 dépressions. A la coupe on trouve 2 foyers hémorrhagiques fibrineux très anciens, et des foyers plus récents.	Épistaxis, œdème des memb. inférieurs.	*Dumarcet* Obs. VIII. 1891.
21	25	2	6 1/2	Albuminurie.		Coldur, long, à peine perméable au doigt. Rupt. memb.		Rupt. des membranes.	10 h. 40 m. ou plus		M	M	Deux hém. considérables au moment de l'examen nouvelle hémorrhag. de 150 gr. environ. Après l'expulsion de l'enf. une grande quantité de sang noirâtre et de caillots. Der. le placenta 640 gr. de sang accumulés.	Le placenta, entièrement décollé, contient d'anciens foyers hémorrhagiques.	Maux de tête, œdème des membres. La femme succombe 2 h. 20 après l'accouchement.	Id. Obs. IX juillet 1891
22	32	7	5	Albuminurie.	Admet. l'index	Dilatat. presq. compl.		Rupt. des membranes 18 h apr. son entrée.	25 m.	26 h.	V	M	Hémorrhag. abondante, 500 gr. de caillots.	Dans l'épaisseur du plac., foyers hémorrhag., l'un d'eux atteint la face utérine par un orifice de communication.	2e grossesse à terme, 5 autres, avant terme, enfants morts et macérés. 5 jours après l'accouch. l'albumine a disparu.	Obs. X 1892.
23		6	6 1/2	Albumin.	N. dil.	Dil. co.	Ép.	Régime lacté	0	3 j.	V	M	Pas d'hém.	Dans l'épaisseur du	2 grossesses à	*Dumarcet.*

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Epoque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère	L'enfant.				
						Rupt. spont.		appliqué 3 jours avant l'accouch. Embryotomie.					externe, 550 g. de caillots après la délivrance.	placenta de nombreux foyers hém.; une dépression sur le bord. Sur la face utérine 3 ou 4 orif. cratériformes qui conduisent dans des foyers hémorrhagiques.	terme, enfants vivants, 3 enf. morts. Grossesse actuelle, œdème des membres infér., épistaxis.	(Obs. VI. Thèse de Paris, 1892).
24		11	8 1/2	Brièveté accidentelle du cordon				Tamponnement.		12 h.	M non déliv.	M	Grande perte de sang.	Complètement décollé.	Autopsie. L'œuf intact et décollé de toutes parts. Le cordon ombil. faisait un nœud autour du pied de l'enfant.	Id. Obs. XII 1884.
25			8	Brièveté du cordon		Comm. de dil. Rupt. memb.		Rupture des memb. Tamponnement.	Quelques instants.		M non déliv.	M	Hémorrhag. formidable.	Placenta entièrement décollé, soulevé par un énorme hématome rétro-placentaire.	Fut amenée exsangué à l'hôpital.	Id. Obs. XIII 1890.
26	39	Pr.	8 1/2	Effort.		Dil. co. Rupt. des memb.		Dilatation du col. Rupture des membr. Forceps.	2 h.	17 h.	V	V	Hémorrhag. externe. Après la déliv., une cuvette pleine de caillots.		L'enfant présente des écorchures sur le cou, produites par l'application du forceps. Un côté de la face est paralysé.	*Lusk*. 1880. Trans. of the obstetr. society of New York, p. 877.
27	27	7	7	Chute dans l'escalier.		Memb romp Col adm. un doigt.	S.	Rupture spont. des membranes, ergot, tampon imbibé de perch. de fer, ergot.		Quelques jours	M	M	Hémorrhag. externe abondante pendant plus. jours. Un grand caillot.	Les membr. sont rompus d'un côté à 5 cent. du bord placentaire. Le placenta est séparé des parois utér. par un caillot.		*Maberly*. Ob. I. Gr. Brit. and Irel. 1877, 1878, p. 40.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
28	37	13	9	Dans la nuit sans cause connue.	Dil. 4 cent.		S	Dilatation du col, rupture des membranes.	30 m.	18 h.	V	M	Hémorrhag. externe abondante. Après la délivrance 4 gros caillots pesant 3 ou 4 livres.	Placenta recouvert de caillots noirâtres.		*Palardy* Union médic. du Canada (1891, N. 5.
29	44	9	9	Albuminurie.	Col admet. 2 doigts		S	Injection sous-cut. de 350 de solution phys. de sel marin. Craniotomie.			M 1 h. après l'ac.	M	Hémorrhag. externe. Après la déliv. plus de 2 kilogr. de sang liquide ou coagulé.	Placenta entièrement décollé présente les traces de nombr. hémorrhag. interstitielles antérieures.	De nombreuses pétéchies cutanées; des ecchymoses aux membres et à la région lombaire. Autopsie. Néphrite marquée.	*Schauta* Bulletin Médical. 1892, N. 55
30	20	»	9	Lavage des parties génitales avec de l'eau glacée au moment où la dilatation du col commençait.	Un peu dilaté.	Dilat. comp.	S	Accouch. spontané.	1 h.	27 h.	V	M	Une quantité de sang énorme.		Vomis. pendant les premiers mois et démangeaisons à la vulve. Cordon ombilical entourait le cou de l'enfant, cuir chevelu œdémateux, face violacée, lèvres gonflées.	*Couranjou* Gazette des hôpitaux 1861
31		1	9		Dil. p. 1 fr.	Dilat. comp.	S	Tampon cervical et vaginal à 2 h., à 4 h. dilatation complète. Forceps, ergot.	0	6-8 h.	V	M	Caillots en grande quantité.	Le placenta recouvert de sang coagulé qui se trouvait comme incrusté entre les cotylédons surtout vers le centre.	Vomissement de 2-5 m. Quelques jours avant le travail douleurs et tension du ventre.	*Pilat.* Annales de gynécologie 1874.
32	35	3	7	Une longue promenade	Dilat. sensib.	Dil. 5 fr. Rupt.	S	Ergot, vin.	0	20 h.	V	M	Masse considérable de caillots noirs	L'ouverture des membranes se trouve à 2 cent. de la circon-	2 grossesses d'un premier mariage, accouch. à 7 mois	*Bailly*, Gazette des hôp. 1873.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Epoque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	Etat du placenta	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupture des memb. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
						des memb. spontanée.							très fermes d'un poids de 800 gr.	férence du placenta. Celui-ci offre près de son bord une concrétion sanguine.	sans causes connues.	
33	30	1	8	Albuminurie. Brièveté du cordon.		Dilatat. 2 fr. Rupture des memb.	S	Seigle ergoté et sinapismes sur les extrémités. Incision du col. Version.	Quelques heures.	3 j.	M	M	Plusieurs litres de sang noir liquide et en caillots.	Le placenta présente vers son centre une cavité remplie de caillots. Dans le voisinage deux autres petits épanchements du volume d'une noix sans communication avec l'extérieur.	Maux de tête, bourdon. d'oreilles et éblouissements. Légère bouffissure de la face avec teinte jaune-pâle, saignée (le 25 avr.). Malaise subit. Le 3 mai pendant la promenade sens. pénible dans le bas-ventre. Deux circulaires. Le cordon court. Très peu de liquide amniotique. L'utérus peu volumineux.	*Loir.* Revue médicale, 1844
34	13		81/4	Émotion vive.		Dilatat. 3 cent. Rupture des memb.	S	Rupture des membr. Dilatation digitale du col. Forc. Après la délivrance : glace pendant quelques heures sur le ventre et organ. génitaux. Potion hémostatique.	4-5 h.	16-17	V	M	5-6 livres.	Membranes déchirées autour du bord du placenta.	Plusieurs accouchem. antérieurs accomp. d'hémorrhagies. Après accouch., péritonite, dyssent. Depuis est devenue enceinte pour la 14e fois. Pendant les 6 dernières semaines de sa grossesse actuelle, dyspnée et œdème des jambes.	*Habit.* Wiener Me lic. Wochenschrift 1866

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
35		14	8 1/4	Effort.		Dilatation plus de 3 cent. Rupture des membranes.	S	Rupture des membranes.	1 h. 1/4	20 h.	V	M	3-4 livres.	Entièrement décollé.	4e accouch. hémorrhag. et adhérence du placenta. Accouch. actuel. Après la sortie de l'enfant, l'utérus est encore aussi gros que dans une gross. de 8 mois. Une pression sur le fond de l'utérus est suivie de l'expulsion du placenta et d'une grande quantité de caillots et de sang liquide.	*Habit.* Wiener Medic. Wochenschrift, 1866
36	29	1	8	Brièveté du cordon.	Col fermé.	Dilatat. 2 fr.	S	Perforation du crâne. Extraction manuel du fœtus. Après la délivrance : extraction des caillots. Tampon intra-utérin à la gaze iodoformée.	0	19 h.	M	M	Quantité considérable.	La face utérine du placenta ainsi qu'une partie des membranes recouverte des caillots noirs. Le placenta paraît aplati.	Pas d'albumine, autour du cou deux circulaires fort serrées. Cordon court. La femme meurt quelques minutes après le tamponnement.	*Meyer.* Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, 1891, n° 7.
37	34	6	9	Chute avec luxation du coude.	Admet 2 doigts	Admet 2 doigts	S	Tampon, version, perforation de la tête. Extrac. des caillots.	0	3 j.	V	M	Caillots et sang liquide.	La face utérine du placenta ainsi qu'une partie des membranes recouverte de caillots noirs. Le placenta paraît aplati.	Il y a 5 semaines chute avec luxation du coude, sans cons. imméd. pour la gross. Il y a 3 jours réduction de luxation sous le chloroforme. Consécutivement douleurs. Apparition	Id.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Epoque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupture des memb. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant				
															sang aqueux depuis 24 heures.	
38	33	4	9		Admet difficilement 2 doigts	Presque complètement dilaté.	S	Après la délivrance : extraction des caillots, frictions, injections froides.	0	2 h.	V	M Rigidité cadavérique.	Sérosité sanguinol. Nombreux caillots.	Recouvert de caillots. Face utérine offre des dépressions au niveau desquelles le placenta n'a qu'un cent. d'épaisseur tandis que dans leurs intervalles l'épaisseur = 3 cent.	Depuis 15 jours. sens. de pesanteur dans le bas-ventre sortie des mucos. Depuis 1 h. perte de sang.	*Meyer.* Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, 1891, n° 7.
39	24	1	6	Chute dans l'escalier.	Entièrement fermé.	Col dilaté. Rupture spontanée.		Accouchement spontané.	0	24 h.	V	M	Écoulement de sang aqueux, gros caillots sanguins noirs.	Sur la face utérine de placenta une couche épaisse de sang noir dense, formé de plusieurs lamelles. Décollement presque complet.	Une grossesse et un accouchement normal depuis.	Id.
40	41	9	9	Traumatisme.	Dilatation = 2 fr.	Dilat. petit paume de main. Rupt. des membranes.	S	Tampon. Rupture des membranes. Ergot.	1 h. (?)	14 h. (?)	V	M	Un gros caillot de sang noir pesant 1590 gr.	675 gr. de sang suivent immédiatement le caillot. Face utérine recouverte de caillots de mauvaise odeur.	Dans tous les accouchem. précédents on était obligé de rompre les memb. qui étaient très épaisses. Apr. la sortie de l'enfant l'utérus remontait encore jusqu'à l'ombilic. On supposait la présence d'un autre enfant.	*Freudenberg.* Archives fur gynakologie. 1885-86.
41	36	8	7	Maladie de Bazedow.	Col fermé.	Dilat. complète.		Tampon à la gaze iodof. Tampon renouv. tous	1 ou qq. h.	8 jours	V	M	Quant. cons. de caillots et de sang noir.	Décollement complet.	6 enfants. morts en bas-âge, janvier 1889. avortement.	*Häberlin.* Cntralblatt

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
						Rupt. spont. (?).		les jours. Le 8e j. dilat. complète. Tête exp. spontanément. Injec. sous-cutan. d'ergotine.							A partir du mois de mai diminution de poids, tremblement, faiblesse, palpitation, vomissement. Au mois d'août, conception, les sympt. s'accentuent. Epistaxis. 15 février 1890, petit écoulem. sanguin des organes génitaux. Le 2 mars, forte hémorrhagie, pas d'albumine. Le 9 mars accouch.	fur gynækologie. 1890, n. 26
42		1	9	Dégénérescence calcaire.	Entr'ouvert.		S	Rupture des memb., forceps.	0	1 j.	M	M	Caillots énormes et 1/2 litre de sang liquide.	Dégénérescence calcaire du placenta.		*Coë.* Americ. J. of obstetr. 1891. Feb.
43	28	1	8 1/2	Efforts de vomissement.		Commencement de dilatation. Rupture spontanée.	S	Rupture spontanée des membranes (col non dilaté). Accouchement 14 h. plus tard. Après la délivrance, ergot, compression de l'utérus, injections sous-cutanées d'ergotine.	14 h.	16 h.	M	M		Une partie de placenta ainsi que ses bords recouverts par du sang noir.	Règles très abondantes. Après l'accouchem. inertie utérine. La femme est morte 3 heures après l'accouch.	*Anderson* The Australian Med. J. 1890, n. 6.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Epoque de la grossesse.	Causes du décollement.	Etat du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	Etat du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
44		3	81/2	Ascension d'escalier.	Col dur.			Accouch. spontané.		7 h.	V	M		Placenta avec 4 caillots adhérents.		*Kortright*. Brooklyn Med. Journal. 1890.
45		12	9	Diarrhée et vomissement.	Dilatat. 2 cent. 1/2.			Accouch. spontané.		4 h. 1/2	V	M	Caillot nombreux.			Id.
46	25	4	8 1/2	Néphrite? Un faux pas.	Dilatat. 2 fr.	Dilatat. 2 fr. Rupture des memb.	S	Rupture des membranes, dilatation du col. Forceps.			Mort 1 heure 1/2 après la dél.	M	Masse considérable de caillots. Hémorrhagie abondante.	Décollé entièrement.	Pendant la 2e grossesse albuminurie. 8 h. après l'accouch. actuel œdème gén. anurie Après la délivrance inertie complète.	Id.
47	24	2	81/2	Emotion vive.	Dilatat. 5 fr.	Dilatat. 5 fr. Rupture des memb.	S	Rupt. des membranes, ergot, forceps 3 h. plus tard, après la délivrance, inertie utérine.	3 h.	25 h. (?)	M	M	Masse de caillots égale à une tête d'adulte.		Hémorrhag. dans l'interv. des contractions.	Id.
48	33	5	9	Inconnue.	Dilatat. 5 fr.	Dilatat. complète. Rupt. spontanée.	S	Tamponnement du col avec du coton (ind it de vas. phén.). Bandage sur abdomen.	0	quelques heures.	V	V	Masse énorme de caillots. Un flot de sang traverse la chambre.	1/4 de placenta décollé.	3e accouch. hémorrhagie, 4e accouch., albuminurie. Accouc. actuel hémorrhagie.	*Johnson*. The American Journal of obst. 1890, p. 1215.
49	30	5	9	Traumatisme.		Dilatat. 5 cent.	S	Rupt. des membranes. Forceps 4 h. plus tard.	4 h.	Deux semaines.	M	V	Écoulement d'une grande quantité de		Traumatisme 2 sem. avant l'accouchement. Depuis	*Boxal*. Trans. obst. of

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
						Col mou et dilatable. Rupture des membranes.							sang noir et de sang rouge.		les hémorrhagies, tous les 3 ou 4 j. Après la délivrance inertie utér. L'hémorrhagie cont. pendant 1 h. Une heure après la malade s'endort et dort 2 h. Elle se réveille, prononce quelques paroles et meurt. Déchirure du col, infiltration du bassin.	London 1889-90 p. 303.
50	30	9	6 ½		Non dilaté.			Ergot.		5 m.	V	M	Perdait pendant 5 mois.	Placenta occupait le fond de l'utérus paraissait être séparé prémat. sur 1/3 de son étendue.	Hémorrhag. répétées à partir de la 7e semaine. Au moment de l'accouchement l'œuf est sorti tout entir. Membr. intactes très résistantes ; pas de liquide amniotique.	*Batten*. The journal of the Amer. Med. Ass. 1889, p. 537
51		Mul.	7	Inconnue.	Dilatation 2 francs.	Dilatat. 5 fr. Rupt. des memb.	Siège (mode des pieds).	Tamp. Ergot, rupt. des membranes.	0	Quelques heures. (?)	V	M	Écoulement considérable.	Décollé entièrement.	Enfant de 7 mois mort depuis quelques heures.	*Swayne*. The Bristol medico-chir. J., 1889.
52		Mul.	7	Émotion.	Dilatation 5 francs.	Col mou. Dilat. 5 fr. Rup. des membr.	Tête proc. main.	Rupt. des membranes. Propulsion de la main.	0	2 j.	V	M	Écoulement.		Enfant de 7 mois mort depuis deux jours.	Id.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	Etat du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
53		Mult.	7	Toux violente.	Admet un bout de doigt.		S.	Opium. Accouchement spontané en 1 h. 1/2.		36 h. (?)	V	M	Quelques caillots et sang liquide. Un gros caillot = 2 points réunis.	Décollé entièrement.	Convalesc. lente	*Swayne.* The Bristol medico-chir. Journal, 1889.
54		Primip.	8	Une longue promenade.	Dilatat. = 5 fr.	Dilat. = 5 fr. Rupt. des memb.	S.	Rupt. des membranes.	0		V	M			Hémorrhag. survenue à 8 m. fut arrêtée par l'opium et le repos. L'hémorrhagie reparaît 3 sem. plus tard et le travail se déclare. Dans les intervalles des contractions le sang continue à couler.	Id.
55		6	8	Intempérance.	Dilat. plus de 2 fr.	Dilatat. plus 2 fr. Rupt. des membranes.	Siège comp.	Rupt. des membranes, compresses froides, tampon. Ergot.	0	20 h. (?)	M	M	Hémorrhag. considérable.	Placenta suivit l'enfant avec des nombreux caillots.	Après l'accouch. une hémorrhagie grave.	Id.
56		2			Dilat. = 1 fr.	Dilat. = 1 fr.	S.	Rupt. des membranes, ergot, sac de Barnes.	3 h. 30.	Quelques jours (?)	V	M	Écoulement sanguin.			Id.
57		4	8	Une longue course.	Dilat. = 1 fr.			Rupt. des membranes.	1 h.	24 h.	V	M				Id.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	Etat du col au moment de l'intervention.	Etat du col au moment de la rupture des membranes.	Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre rupture des memb. et accouch.	Temps écoulé entre début des accidents et accouch.	Résultat pour la mère.	Résultat pour l'enfant.	Quantité de sang.	Etat du placenta.	Observations.	Auteurs.
58		Multipare.	9		Dilatat. insignifiante	Rupt. des memb. spontanée.	S	Après la délivrance, compression de l'utérus, ergot, tonique.			M	M	Ecoulement sanguin.	Extraction du placenta 1 h. 1/2 après l'accouchement.	Hémorrh. quelques jours avant l'accouch. Accouchement spontané sans hémor. Inertie utérine, 3 h. après l'accouch. bon état 4e jour, septicémie. Phlegm. alba dolens. Pleurésie, mort 34 jours après l'accouchement.	*Swayne.* The Bristol medico-chir. Journal, 1889.
59		3			Dilatat. plus de 2 fr.	Dilatation de plus de 2 fr. Rupt. des m.	S	Rupt. des membranes. Ergot.		6 h. 1/2	V	M	Sang liquide et caillots.			Id.
60		Primipare	9	Albuminurie.		Dilatat. plus de 2 fr.	S	Inject. sous-cutanées d'éther, rupt. des membranes.			M	V			Albuminurie	Id.
61	19	Primipare		Rapport sex.			S	Délivrance naturelle. Ergot et stimulants.			V	V				Id.
62	34	4	9	Emotion	N. dil.	Dilatat. complète.	S	Accouch. spontané.		26 h.	V	M	Hémorrhag. ext. : 1/2 litre, 3 litres accumulés à l'intérieur.	Face utérine était recouverte par des caillots noirs.	Anémie consécutive. Enfant né en état de rigidité cadavérique.	*Jaggard.* The medical News Philadel. 1889. p. 599.

Numéros.	Age.	Nombre des grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
63		4	8	Traumatisme.	Admet 2 doigts	Dilat. compl. Rupt. spontanée.		Accouch. spontané.		18 h.	V.	M.	Hémorrhag. considérable.	Décollement central.		*Jaggard*, The médical New-Phil. 1889, p. 599.
64	27	3	8	Endomét. dégénérescence hydatiforme.	3 cent. de diamètre.	Col dilaté. Rupt. de membranes.	S.	Dilatation manuelle du col pendant 30 minutes. Rupt. des membranes, version. Extraction lente. Après la délivr. Ergot.			V	M.	Quantité considérable. 1 lit. à l'intérieur.	Attaché au fond, présente une dégénérescence hydatiforme. Membranes épaisses.	Pas d'albumine un mois avant sa grosses. un avortement de 4 mois (peur). L'enf. pèse 822 gr. offre bec-de-lièvre, cordon normal, 80 centim.	Id.
65	21	1	8	Chute de cheval.	Légèrement entr' ouvert.			Accouch. spontané.		36 h.	V.	V.	Quantité considérable.	Une partie recouverte de caillots noirs.	Pas d'albumine, pas de syphilis. Au 6e mois de la grossesse est tombée d'un cheval, cette chute n'a été suivie ni de douleurs, ni d'aucun écoulem.	*Anderson*. Australian Med. J. 1888, p. 420 423.
66	19	1	9				S.			31 h.	V.	M.		3/4 plac. recouv. de caillots organisés.		Id.
67		1	7 1/2	Un travail pénible.	Admet 1 doigt.	Dilat. compl. Rupt. spontanée.		Opium et toniques.		1 m. 20 j.	V.	V.	Un pot plein de sang.	Placenta normal sauf sur les bords qui sur une longueur de 7 cent. présente une dégénérescence fibreuse.	Après 8 jours de séjour à l'hôpital elle augmente de 9 liv. Elle sort et revient à l'hôpital 1 mois 1/2 plus tard pour accoucher. Accouchem. heureux.	

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment de l'intervention.	État du col au moment de la rupture des membres.	Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre rupture des memb. et accouch.	Temps écoulé entre début des accidents et accouch.	Résultat pour la mère.	Résultat pour l'enfant.	Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
68	16	1	9	Forte pression sur le fond de l'utérus au moment du travail.	Largement dilaté.	Dilatation complète.	S.	Forceps. Après la délivr. ergot.			V.	V.	Un flot de sang.		L'enfant pèse 9 livres 1/2.	*Squires* The médic. Record 1888, p. 13.
69		10	9							Une journée.	V.	M.	Écoul. ext. Beaucoup de caillots.		Déchirure des vaisseaux ombilicaux au niveau de l'insertion du cordon sur le placenta	*Warren*, The Am J. of obst. and dis. of women and chil., 1888, p. 1020.
70	25	3	8	Chute d'un escalier quelques j. auparavant.	2 c. 1/2	Admet 2 doigts Rupture des membranes.	S.	Dilat. dig. du col pendant 3 h. Rupture des membranes.	4 h.	10 h.	V.	V.	Écoul. ext. gros caillot sur le placenta.	Gros plac. 1/4 détaché prématur. et recouv. d'un gros caillot.	Après la rupture des membranes le travail s'est arrêté et la malade a dormi pendant 2 h. L'enfant pesait 8 livres.	Id.
71	30	4	9	Fatigues.	Entièrement ouvert.	Dilatat. complète. Rupt. des membr.	S.	Rupt. des membranes. Application de forceps.	1 h. (?)	12 h.	V.	M.	Un flot de sang. Caillots mous.	1/4 de placenta recouvert d'un gros caillot noir.	L'enf. pèse 10 livres, le cordon ombilical serre fortement le cou qui présente un sillon profond.	Id.
72	24	3	4-5 1/2	Émotion.	Non dilaté.	Admet 2 d. Rupt. des membr.	S.	Rupt. des membranes. Traitement médical.	7 h. 1/4	1 m.	V.	M.	1 litre 1/2.	Le placenta est recouvert de sang noir, mais sa structure paraît normale.	A partir du 3 août au 21 sept. Sympt. d'hémorrh. interne et vomis-	*Davitt*, The journ of the American

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
															sements. Le 21 septembre les douleurs ont commencé le matin, accouchement à 10 h. du soir.	Med. Ass., Chicago, 1887, p. 144.
73	37	15		Coup quelques jours auparavant.	Non dilaté.	Dilaté.	S.	Rupt. des membranes. Forceps. Après la délivrance ergot.	0	30 h.	V	M	Écoul. ext. une cuvette pleine de caillots et de sang liquide.		8 accouch. à terme et 6 avortem. grossesse actuelle. Hémorrhoïdes et chute du rectum.	*Park.* The Journ. of the American Medical Association, Chicago. 1887, p. 124.
74		1	9					Rupt. des membranes apr. quelques jours de travail.	Peu de temps.	Quelques jours.	V	M	Écoulement externe. Énorme masse de caillots.	Décollé prémat.		*Richard Lower.* Sammlung Klinischer Vorträge 1886, p. 2316.
75	20	1	9	Traumatisme.	Dilat. 5 fr.	Dilatat. complète.	S.	Rupt. des membranes. Forceps, hémorrhag. post partum, injection de subl. 1/2 500 et du vinaigre et de l'eau chaude à parties égales. Compress. manuelle de l'utérus pendant 14 h.	1/2 h.	10 h.	V	V	Grande quantité.		Le traumatisme n'était suivi d'aucun accident. 3 j. plus tard le travail se déclare et l'hémorrhag. survient au moment de la présentation de la tête au détroit inférieur.	*Reynolds.* Boston medical and Surg. Journal. 1886, p. 463.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Epoque de la grossesse.	Causes du décollement.	Etat du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	Etat du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membranes et accouch.	Début des accid. ns et accouch.	La mère.	L'enfant.				
76	23		8	Endométrite. Effort.		Incision du col. Rupture des membranes	S	Tentative infructueuse de dilatation digitale pendant 4 h. Incision du col qui se fend largement au moment de l'introduction de la main. Rupt. des membranes. Version. Après la délivr. wisky et ergot, injection dans l'utérus d'eau chaude vinaigrée, injection d'eau salée, 2 lit. environ en 2 fois.	0	6 h.	V	M	Plus de 2 litres.		Avant de devenir enceinte elle était soignée pendant 5 mois pour endométrite.	*Harrington.* Boston Med. and sur J. 1886, N. 9
77	45	11		Effort pour soulever grosses caisses.	Dilatat. 5 fr.	Dilatat. 5 fr,	S	Ergot. Application sur la colonne vertébrale d'eau chaude.	10 m.	2 h. (?)	V	M	Grande quantité de sang liquide et de caillots.	Face utérine recouverte d'un gros caillot noir.	Après l'accouchement gardait le lit pendant 1 mois. Diarrhée, anémie.	*Caldwell* The Chicago Medical J. and Examiner, 1885, p. 291
78	35	7	8			Admet à peine 3 doigts Rupt. des memb.	S	Tampon vagin. pendant 1 h. 1/2. Rupt. des membranes. Dilat. du col avec dilat. de Barnes. Application de forceps de Simpson, échec. Introduct. d'un long instrument incurvé, employé pour les tractions directes.	1/2 h.	h.h.	M	M	Sérum. Beaucoup de caillots.	Presque entièrement décollé.	Une grosse tumeur sentie à travers la paroi abdominale. Au moment de l'extraction de l'enfant post mortem déchirure du col et du vagin.	*Barstlett.* The Weekly medical Review 1884.

Numéros.	Age.	Nombre des grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
79		1	7	Néphr. (?). Diarrhée colliquative.	Non dilaté	Col admettait à peine 2 doigts	S.	Ergot, dilatation digitale pendant 3 h. Rupt. des memb. Nouvelle dilatat. pendant 3 h. Forc. Simpson sans résultat. Accouc. naturel.	5 h. (?)	8 h.	M.	M.		2/3 recouverts de caillots noirs.	Pendant la grossesse, gastralgie, œdème des jambes Pas d'œdème pendant l'accouchement. Rigidité extrême du col.	*Maxwel Christine* Philadelp. Med. Times 1884-1885 p. 199.
80	40	8	9	Enfant mort.	Dilatation: 5 f. col dilatable.	Col dil. comme pet. paume de m mou et dil. Rupt. des mem.	S.	Rupt. des membranes. Version 4 h. plus tard.	5 h. (?)	12 h.	M.	M.		Petit et ferme de forme globuleuse.	Enfant macéré, paraît âgé de 7 m. Depuis 2 mois il a cessé de remuer. Cause inconnue. Autres enfants bien portants. Péritonite, mort 4 j. après l'accouch.	*Wey*, The medic. Record, 1884.
81	33	7			Non dilaté.	Col. dil. Rupture spontan.		Traitement médical. Accouchement spontané.	0	5 1/2	V.	M.	Des caillots rempliss. un grand vase de nuit (2 l. 1/2).		Pendant 7 sem. signes d'une anémie profonde.	Id.
82	40	1	8	Albuminurie.	Orifice utérin imperméable	Col ouvert.	S.	Tampon. Rupt. des membranes suivie de version. Expr. du placenta.	0	22 h.	V.	M.	Quantité considérable.	Placenta très mince sauf sur les bords. Partie mince recouverte par des caillots.	Depuis 6 sem. néphrite avec œdème et albuminurie. Pétéchies sur le corps. Une piqûre de morphine provoque à l'endroit même une suffusion sanguine grande comme une assiette. Le onzième jour après l'accouchem. pas d'albumine.	*Winter*, Zeitschrift fur gebur. hülfe und gynäkolog. 1884, p. 398

Numéros.	Age.	Nombre des grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du traitement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	Etat du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
83	26	2	8	Albuminurie.		Col dilaté. Rupt. spontanée.		Accouch. spontané.	0	36 h.	V	M	Caillots et sang liquide.	Placenta aplati et recouv. de caillots.	Pâleur, œdème, albumine. Néphrite chronique parenchymateuse avec cylindres. Hydramnios = 2 000 gr. 3 semaines après l'accouch. la néphrite persiste avec la même quantité d'albumine.	*Winter.* Zeitschrift fur geburts hulfe und gynakologie, 1884. p. 398.
84		1	7	Albuminurie.		Col dilaté. Rupt. spontanée.	S	Accouch. spontané.	0	18 h.	V	M	1 kilo.	Placenta mince aplati recouv. de caillots.	Œdème généralisé, urines rares albumineuses, cylindres. Le 10e j. après l'accouch. l'albumine a presque disparu.	Id.
85	29	Mult.	9	La femme a monté un seau plein d'eau au 3e étage.	Col entr'ouvert.	Col entièrement dilatable. Rupt. des memb.	S	Rupt. des membranes. Forceps 30 m. plus tard.	1 h. 1/4	2 j.	V	M	Grande quantité.	Face utérine recouverte de caillots noirs représentant 2 ilôts de dégénérescence fibro-graisseuse.		*Boxall.* The Lancet 1884. July, 12.
86											M non déliv.	M		Partie centrale détachée en forme de puits rempli de caillots.	Avait des hémorrhagies pendant les grossesses précéd.	*Johnson.* Dublin Journal of Med. Science, 1882.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesses.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État de Placenta.	Observations	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	D. but des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
87			8	Faux pas sur quelques marches de l'escalier.	Entièrement fermé.	Dilaté à l'aide des sacs de Barnes.	S.	Dilatat. du col (qui était entièrement fermé pendant 3/4 d'h sacs de Barnes). Extrac. de l'enfant. Après l'accouchement. Injections intra-utérines. Introduction de la main pour prov. les contractions Inject. de perch. de fer. Introduc. d'un fragment de perchl. de fer (sans résultat).	0.	10-12 h. (?)	M.	M.	Quantité considérable de caillots.		Inertie utérine. Hémorrhagie post-partum.	*Kidd*, Dublin journal of méd. Science 1882.
88	34	7		La veille courses nombr. Effort pour soulever fardeau.	Admet bout de l'index. L'orif. interne fermé.	Rupt. spont. 20 min. avant l'acc.	S.	Tampon. vaginal (ouate enduite de vasel phéniquée).	20 m.	2 jours 1/2.	V.	M.	Écoulement de sérum un grand caillot mesurant 12 à 15 c. de diam., 4 à 5 c. d'épais.	Inséré en bas. On le sentait remplissant le cul-de-sac antérieur.		*Horne*, Dublin Journal of Med. Science, 1882.
89			8					Rupt. des membranes suivie de collapsus. Application de forceps.			V.	M.				*Denham*, Dublin Journal of Med Science, 1882.
90	35	Mult	8	Diarrhée 7 jours au-	Col co	mplète-	S.	Opium.		6 h.	M.	M.	2 litres de caillots et de sérum	Placenta décollé sur une surface large comme paume de main.	Autopsie. A la face antér. de l'utér. une ecchymose corresp. à	*Barnes* the Lanc. 1888 p. 1838-40.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes de décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	Etat du placenta.	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
				paravant chute sur l'escalier.											la partie décol. du placenta. Tache ecchym. de même dimens. sur la paroi abdominale.	
91	35	3	9	Dégénérescence placentaire. Cause occasionnelle : efforts de vomissement.	N. dil.	Dilatat. petite paume de main	S	Rupt. des membranes et version Après la délivrance : ergot, laud., éther, injections de perchlorure de fer dans la matrice.	1 h. 1/2	7 h. 1/2	M	M	Énormequantité de sang liquide.	Dégénérescence graisseuse.	Inertie utérine. Hémorrhagie post-partum.	*Barnes.* The Lancet. 1881, p. 1038-40.
92	29	4	8	Chute à califourchon sur le rebord de la fenêtre.	Col fermé. Rupt. spont.				1 h.	1 h.	M non délivrée.	M	Hémorrhag. considérable. Du sang, évidement mêlé à du liquide amniotique.	Pas d'autopsie.	La femme était en collapsus.	*Smith.* British med. J., 1880.
93	38	6	9	15 jours avant l'accouchem. gastralgie avec vomissement pendant 24 heures suivis d'un écoulement foncé par le vagin.	Col fermé. Rupt. spont.			Rupture spontanée de membranes à 2 h. de l'après-midi. Hémorrhagie considérable. Tampon à 7 h. du soir Expul. du tampon à 7 h. du m. suivie de l'accouchement.	17 h.	27 h.	V	M	Écoulement considérable.	Tache ecchymotique dimension d'une pièce de 5 francs sur le placenta.	Restait anémique pendant plusieurs mois.	*Nichols.* Boston med. and Surg. J., 1880, p. 59.
94		Mult		Chute sur une chaise de nuit.	Admet 2 doigts	Col laissait passer 2 doigts	S	Rupt. des membranes. Ergot, ballons de Barnes. Tamp. nou-	5-7 h.	18-20 heur.	M	M	1 litre.		Col extrêmement dur. Dilatation très lente. Après l'applica-	*Herman.* The obst. journal of Great. Brit.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Epoque de la grossesse.	Causes de décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	État du placenta	Observations.	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rup. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
								velle introduction des ballons de Barnes. Application de forceps infr. Cran.							tion de forceps on a constaté le prolapsus du cordon dépourvu de battements.	And Ireland, 1880.
95	2	3	—	Malformation utérine(bicorne)	Légèrement ouvert.	Col bien dilaté rupt. des membranes.		Rupt. des membranes.	0	18 h.	V.	V.	Hémorrhag. répétées.	Placenta en forme de bonnet de nuit. Face fœtale concave.	4 hémorrhagies pendant la grossesse ; la première à 2 m. 1/2. Les grossesses précédentes et ultérieures ne présentaient rien d'anormal.	*Underhill*, The trans of the Ed. Obst. Soc 1877-1878.
96	32	8	9	Forte compres. contr. le rebord de la fenêtre.	Dilat. pièce 2 francs.	Col élevé. Dil. p. 2 fr.	S.	Chlorof. Version bi-polaire.	1-2 h.	7 h.	V.	M.	Grande quantité de caillots		Sur le pied abaissé il y avait une anse du cordon, flasque et sans pouls.	Id.
97				Dégénérescence du placenta.	Ouvert	Ouvert Rupt. des membranes.	S	Rupt. des membranes. Ergot.	0	5 h.	V.	V.	Écoulement insignifiant. Petite quantité de caillots.	Plusieurs cotylédons présentaient une dégénéresc. fibro-graisseuse.	2 circulaires. Enfant chétif portait tous les signes de syphilis héréd.; mort 40 jours plus tard. Accouchem. ultérieur d'un enfant vivant sans trace de syphilis.	Id.
98	34			Néphrite Faux pas dans escalier.		Dil. 1 f. q. h. pl. tard rupt. de membr.		Rupt. des membranes. Dilatat. digitale pendant 2 h. Version.	Quelques heures.	1 jour.	M.	M.	Hémorrhag. ext. Grande quantité de gros caillots.	Dégénéresc. graisseuse.	Vomissement. Œdème des jambes. Pendant quelques sem. très petite quantité d'urine.	*Weatherly* The Britisch med Jour. 1878. Aug. 24.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Époque de la grossesse.	Causes du décollement.	État du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	Etat du placenta.	Observations	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Rupt. des membr. et accouch.	Début des accidents et accouch.	La mère.	L'enfant.				
99		4 (?)		Dégénérescence du placent.	Non dilaté.	Non dilaté.		Rupt. des membranes suivie d'ergot.	qq. h.	4 j.	M non délivré.	M	Suintement.	1/3 de placenta était décollé et formait un cul-de-sac rempli de caillots. Cette partie du placenta présente une dégénérescence fibro-graisseuse.		*Bassett*, Transact. obstétrical Society of London, 1872-73, p. 58-59.
100	20	4	9	Un faux pas en descendant un escalier.	Dilat p 1 fr.	Dilatable.	S.	Brandy. Ergot. Expres. du placenta. Compression manuelle de l'utérus pendant 1 heure.	O.	qq. h.	V	M	Caillots et sang liquide.	Le placenta rempli de caillots était déprimé en forme de coupe.	Depuis est accouchée de plus. enfan s morts-nés par suite de dégénérescence du placenta. En 1873 elle mourut d'une hémorrhag. interne.	*Brunton*. The obstetr. J. 1875.
101	34	4				Col dilaté. Rupt. spont.		Stimulants		1 j.	V	M		Face utérine recouverte de caillots.	Accoucha plus tard d'un enfant vivant.	Id.
102	19	Pr.	9			Dil. comp. Rupt. spont.					V	M			Plusieurs accouchem. heureux.	Id.
103	26	4				Dil. p. 5 fr.	S.	Trait. médical	O.	14 h.	V	M		Adhérence partielle.		Id.
104	32	5	9	Émotion morale.		Dil. p. 2 fr. Rupt. spont.	S.	Accouch. spontané. Après la délivrance compression de l'utérus.	4 h. 1/2	6 j.	V	M	Petit écoulement externe.	Face utérine recouverte de caillots noirs et blanchâtres.	Hémorrhagie post-partum. Enfant macéré.	Id.

Numéros.	Age.	Nombre de grossesses.	Epoque de la grossesse.	Causes du décollement	Etat du col au moment		Présentation.	Traitement.	Temps écoulé entre		Résultat pour		Quantité de sang.	Etat du placenta.	Observations	Auteurs.
					De l'intervention.	De la rupture des membranes.			Début des accidents et accouch.	Rupt. des membr. et accouch.	La mère.	L'enfant.				
105		Pr.	7			Mou et dilatable.	Face.	Interv. après le 5e jour. Version immédiate.	O.	4 j.	V.	M.	5 à 7 livres de caillots anciens.	Décollé prématurément sur une grande étendue.	Guérison lente. Anémie persistante.	*Parsons.* Brit. med. J. 1872, p. 609.
106		11	8	Cause inconnue.				Craniotomie. Ergot.	O.	15-30 min.	V.	M.	Quantité considérable de caillots mous.		Plusieurs accouchem. ultérieurs.	Id.
107		7	8			Dil.=p. 1 fr.		Rupt. des membranes. Ergot.	Quelques heures.	4 j.	V.	M.	Petit écoulement ext. Plusieurs livres de caillots et un flot de sang liquide.		Enfant mort depuis quelques jours.	Id.
108	27	2	9	Diarrhée Rétréc. du bassin.		Non dilaté.	S.	Céphalotripsie après 3-4 jours de travail (membres rompus dil. 5 centimètres).		3-4 j.	M.	M.	Suintement. Après la déliv. énorme quantité de sang.	Entièrement décollé. Membranes d'une color. verdâtre.	Traces de rachitisme. Bassin rétréci.	*Matzokin.* Rousskaja Med. 1890, II.
109	40	11	8	Chute dans l'escalier.		Dilat. comp. Rup. mem.	S.	Rupt. des membranes.	10 m.	24 h.	V.	M.	Grande quantité de sang liquide. Un gros caillot.	Décollement central.	Le travail s'est déclaré 3 semain après l'accident. Enfant macéré.	*Simpson.* (Trans. of the Edin. obs. society p. 36).
110				Un travail pénible.		Col admet un doigt.	S.	Rupt. des membranes. Incision du col, forceps, injection d'ergotine.	6-7 h.	12 h.	M.	M.	Hémorrhag. externe considérable. Nombreux caillots après la déliv.	Décollement complet.		*Macdonald.* Id. p. 5354.

CONCLUSIONS

1. — Les hémorrhagies désignées sous le nom d'hémorrhagies internes de l'utérus gravide ont un aspect clinique et un pronostic très variable.

Tantôt elles sont légères et permettent la continuation de la grossesse, tantôt au contraire, et très fréquemment, elles produisent la mort du fœtus, tantôt enfin elles menacent l'existence de la femme avec une soudaineté qui dépend de l'abondance de la perte ou encore du choc nerveux qui l'accompagne.

2. — Une des causes les plus ordinaires est l'albuminurie.

3. — La conduite à tenir est très différente suivant les cas.

4. — L'expectation unie au repos et aux lavements laudanisés suffit quand les accidents sont très légers.

5. — S'ils ont amené la mort du fœtus sans retentir sur la santé de la femme, il n'y a qu'à attendre l'accouchement spontané.

6. — Si le travail est déclaré, et si les accidents nécessitent une intervention dans l'intérêt de la mère, il y a deux cas à considérer.

a) Le col est largement dilaté, il faut terminer l'accouchement par le forceps ou la version, dans les cas, rares du reste, où l'enfant a survécu ; s'il est mort, et si une

embryotomie paraît plus facile, on doit recourir à cette opération. La basiotripsie permet du reste de faire l'extraction à travers un col qui n'est pas encore entièrement dilaté.

b) Si l'orifice utérin est trop étroit pour permettre l'accouchement immédiat, il faut essayer d'obtenir la dilatation suffisante par des moyens aussi rapides que possible. Ce seront les manœuvres manuelles, l'écarteur de M. Tarnier, les ballons de M. Tarnier et de M. Champetier de Ribes. Dans les cas urgents les incisions sur l'orifice cervical constituent un moyen d'obtenir rapidement son ouverture.

Dans tous les cas l'intégrité des membranes doit être conservée le plus longtemps possible ; la rupture artificielle doit être rejetée, tant que l'orifice ne sera pas complètement dilaté.

L'opération césarienne a été employée sur la femme morte pour extraire un enfant vivant.

BIBLIOGRAPHIE

Tarnier. — Leçons orales : professées à la Faculté et à la Clinique, 1887 et 1890.

— Traitement des hémorrhagies qui surviennent après la délivrance. Journal des sages-femmes, 1889.

— Traité de l'art des accouchements. Parts, 1888.

Budin. — Des hémorrhagies internes de l'utérus gravide. Leçons de clin. obst. Paris, 1889, p. 27-42.

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris, 1883.

— De l'hémorrhagie tocique. Thèse de Paris, 1835.

Bonnaire. — L'écarteur utérin Tarnier. Arch. de Tocologie, 1891.

Levret (A.). — Dissertation sur la cause la plus ordinaire, et cependant la moins connue des pertes de sang qui arrivent inopinément à quelques femmes dans les derniers temps de leur grossesse.

— L'art des accouchements, 1766, p. 353.

Leroux. — Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, etc. Dijon et Paris, 1756.

Le Roy. — Des pertes de sang pendant la grossesse, lors et à la suite de l'accouchement. Paris, 1803.

Goodell. — American Journal obstetrics, t. II, p. 281, 1870.

Barnes. — Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale. Paris, 1886.

Moreau. — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les trois derniers mois de la grossesse, 1888, thèse de Paris.

Dumarcet. — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement. Thèse de Paris, 1892.

Reynolds. — A case of concealed accid. haem. Boston. The med. and surg. Journal, 1886, p. 463.

Park. — A case of ante partum Hæm. at term., recovery. J. Am. Med. Assos. Chicago, 1887, p. 124.

Byford. — A placenta showing velamentous insertion of the umbilical cord. and remains of an extensive hæmor. into the parenchyma of the organ. J. Am. M. Assos. Chicago, 1887, p. 161.

Davitt. — A case of concealed placental hæmor. The journal of the Am. M. Assos. Chicago, 1887, p. 144.

Horne. — Accidental concealed haem. The Dublin journal of medical science, 1882, p. 439-449.

Wey. — Concealed accidental hem. medical Record. N. Y. 1884, p. 146.

Bartlett. — Case of accidental hemor. Weekly médical Rev. Chicago, 1884, p. 234-36.

Boxall. — Accidental hem. Lancet, 1884, p. 60.

Christine. — Report of a case of accid. hem. complic. with rigid os. Philad. M. Times, 1884-85, p. 199-202.

Squires. — Detach. of the placenta and alarm. hem. before the birth of the child Med. Rec. N. Y. 1888, p. 13.

Patridge. — Accidental ante partum hem. N. Y. Med. J., 1881, p. 561-571.

Hermann. — A case of concealed hem. Obst. Journ. of Great Brit. London, 1880, p. 87-90.

Edgard Barnes. — The Lancet. Dec. 1881, p. 1038-40.

Lusk. — Accidental hem. American. Journal of obstetrics, 1880, p. 877.

Maberly. — Accidental hem. Obstetrical. Journal of Great Britain, 1877-78, p. 40.

Macdonald. — Accidental hem. Transactions Edin. Obstetrical Society, 1877-78, p. 53-54.

Parsons. — Concealed hem. British medical J. London, 1872, p. 609.

Bailly. — Deux faits d'hém. interne grave pendant le trav. et ap. l'ac. Gazette des hôpitaux, 1873, p. 794, 796, 810.

Palardy. — Singulier cas d'hém. int. avant l'acc.; décollement du placenta au fond de l'utérus, mort de l'enfant au sein de la mère ; danger pour la mère. Union méd. du Canada. Montréal, 1891, p. 239-42.

Coë. — Concealed accid. hem. during labor with a report of a fatal case. Am. J. Obst. N. Y., 1891, XXIV, p. 152-57.

Smith. — Notes of a case of sudden death from accid. hemor. Brit. M. J. London, 1880, p. 659.

Nichols. — A case of concealed accid. hem. Boston, M. et S. J., 1880, p. 59.

Underhill. — Notes of three cases of accid. hemor. Tr. Edimb. Obst. Society, 1878, p. 41-48.

Swayne. — Accidental hæmorrhage. Bristol M. Chir. J., 1889, VII, p. 170-178.

Jaggard. — Note on accidental hemorrhage Med. News. Philad. 1889, IV, 599-603.

Batten. — Pregnancy, with accidental hæmorrhage ; difficult to control and difficult. in the diagnosis. J. Am. M. Ass. Chicago, 1889, XII, p. 537.

Bassett. — Acc. hem. Trans. obst. Soc. Lond., 1872-1873, p. 58.

Kortright. — Accidental hæm. Brooklyn M. J., 1890, IV, p. 646-52.

Johnson. — A case of accidental hem. from. the gravid uterus. Am. J. obst. N. Y., 1890, XXIII, p. 1215-21.

Freudenberg. — Ueber metr. grav. interna. Arch. f Gynak, 1885-86, p. 485-498.

Häberlin. — Centralblatt für Gynak. Leipzig, 1890, IV, p. 457-60.

Winter. — Zeitschrift für Geburts-Hülfe und Gynækologie, t. XI, p. 415, 1885.

Couranjou. — Hémorrhagie puer. interne. Gazette des hôpitaux, 1861, p. 310.

Godefroy. — Hém. int. Revue de thérapeutique, médicale et chirurgicale, Paris, 1866, p. 514-16.

Loir (aîné). — De la métror. interne dans les derniers mois de la grossesse. Revue médic. franç. et étrang. Paris, 1844.

Pasta. — Traité des pertes de sang chez les femmes enc., an VIII.

Mme Henry. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, t. XXXVI, 1891, p. 357.

Boxall. — Accid. hem. Lancet, 1884, p. 60.

Caldwell. — Ante part. hem. accid. sep. Chicago M. J. et Exam., 1885, 291-93.

Braxton Hicks. — On a form of conc. haem. British méd. Journal, 1872.

Anderson. — Austral. M. J., Melbourne, 1891, XIII, p. 302.

Warren. — Accidental hemorrhage in labor. Am. J. obst., N. Y., 1888, XXI, p. 1020-28.

Mme Lachapelle. — La pratique des accouchements, 1825, t. II, p. 352-53.

Baudelocque. — L'art des accouchements, 1815, t. II, p. 467-468.

Baudelocque. — (A. C). Traité des hémorrhagies internes de l'utérus qui surviennent pendant la grossesse dans le cours du travail et après l'accouchement, Paris et Brux., 1831.